

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**Faculdade de Medicina**



**Alexitimia e (des)regulação do afeto em estudantes universitários: estudo de processos emocionais.**

**Cátia Alexandra Rodrigues Coelho**

**Orientação científica:** Prof. Doutor Marco Alberto Vicente Torrado

Prof. Doutora Sílvia Raquel Soares Ouakinin

Dissertação especialmente elaborada para a obtenção do grau de Mestre  
em Psicopatologia.

**2019**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**Faculdade de Medicina**



**Alexitimia e (des)regulação do afeto em estudantes universitários: estudo de processos emocionais.**

**Cátia Alexandra Rodrigues Coelho**

**Orientação científica:** Prof. Doutor Marco Alberto Vicente Torrado

Prof. Doutora Sílvia Raquel Soares Ouakinin

Dissertação especialmente elaborada para a obtenção do grau de Mestre  
em Psicopatologia.

**2019**

**“A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 22 de outubro de 2019”**

Todas as afirmações efetuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não competindo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

## RESUMO

A pertinência do estudo das emoções e da regulação emocional tem sido reconhecida ao longo de várias décadas, atendendo ao seu papel nas funções intrapessoais e interpessoais.

A literatura regista perturbações da regulação emocional, na população geral, particularmente, nos estudantes universitários. Diversas teorias procuram explicar a etiologia de tais perturbações. Especificamente no domínio da alexitimia, ergueram-se modelos explicativos psicodinâmicos- os défices comportamentais e cognitivo-experienciais resultam de uma organização psíquica frágil, devido a problemas de vinculação; neurofisiológicos- fundamentam os défices com uma perturbação no hemisfério cerebral direito; e socioculturais- situam os défices em padrões sócioemocionais precoces poucos estimuladores da simbolização e comunicação emocional, baixo estatuto socioeconómico, entre outros.

Na procura de variáveis que possam associar-se e/ou concorrer para a variabilidade das características alexitímicas em diferentes grupos no início da idade adulta, desenvolveu-se um estudo transversal comparativo com o objetivo de avaliar os défices na identificação, expressão e experiência emocional, bem como os níveis de *stress*, humor, ansiedade e depressão e determinar a influência desses nos autorrelatos de empatia e alexitimia.

Foram estudados dois grupos (39 alunos de medicina; 40 alunos de direito), homogéneos ao nível da idade, (sem) historial de consumo de drogas pelo menos durante os últimos três meses, e (sem) história/doença psiquiátrica. Os grupos foram avaliados numa só sessão através de instrumentos psicométricos validados. Os resultados no grupo de direito revelaram maiores níveis de alexitimia, níveis mais baixos de empatia, maiores índices de *stress*, perfil de humor mais negativo e maiores sintomas de ansiedade e depressão, comparativamente à amostra de medicina. Observou-se ainda nos estudantes de medicina que, quando mais alexitímicos, parecem apresentar maior vulnerabilidade à depressão na presença de índices elevados de *stress*.

São discutidas as implicações dos resultados para a compreensão das diferenças dos défices emocionais apresentadas pelos grupos de estudantes e para uma perspetiva terapêutica.

**Palavras-chave:** Alexitimia; Consciência Emocional; Regulação Emocional; Empatia.

## ABSTRACT

The relevance of studying emotions and emotional regulation has been recognized over several decades, given their role in intrapersonal and interpersonal functions.

Literature records disturbances of emotional regulation, in the general population, particularly in college students. Several theories attempt to explain the etiology of such disorders. Specifically in the domain of alexithymia, psychodynamic explanatory models have arisen- the behavioral and cognitive-experiential deficits result of a fragile psychic organization, due to attachment problems; neurophysiological- base the deficits with a disturbance in the right cerebral hemisphere; and sociocultural models- place the deficits in early socio-emotional patterns that do not provide enough stimuli of symbolization and emotional communication, low socioeconomic status, among others.

In the search for variables that can be associated and/or contribute to the variability of alexithymic characteristics in different groups at the beginning of adulthood, a comparative cross-sectional study was developed to evaluate the deficits in identification, expression and emotional experience; as well to evaluate the stress levels, mood, anxiety and depression; and to determine their influence on the self-reports of empathy and alexithymia.

Two groups were studied (39 medical students, 40 law students), homogeneous in terms of age, (without) history of drug use for at least the previous three months, and (without) history of/psychiatric illness. The groups were evaluated in a single session using validated psychometric instruments. The results on the law group revealed higher levels of alexithymia, lower levels of empathy, higher stress indexes, more negative mood profile and higher symptoms of anxiety and depression, compared to the medical sample. It was also observed in medical students that, when more alexithymic, they appear to be more vulnerable to depression in the presence of high levels of stress.

The implications of the results for the understanding the differences of emotional deficits presented by the groups of students, and for a therapeutic perspective are discussed.

**Key-Words:** Alexithymia; Emotional Awareness; Emotional Regulation; Empathy.

## ÍNDICE

RESUMO.....	4
ABSTRACT .....	5
ÍNDICE REMISSIVO DE FIGURAS.....	8
ÍNDICE REMISSIVO DE TABELAS.....	8
ÍNDICE REMISSIVO DE GRÁFICOS .....	9
PREFÁCIO .....	10
INTRODUÇÃO .....	13
 PARTE 1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
 CAPÍTULO 1: DESENVOLVIMENTO E REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES ...	15
1.1. Percurso evolutivo das teorias da emoção.....	15
1.2. Emoções, sentimentos e afetos.....	20
1.3. Conceito de regulação emocional.....	21
1.4. Desenvolvimento afetivo .....	23
1.4.1. Importância da interações precoces .....	24
1.5. Imaginação e autorregulação emocional.....	28
1.6. Empatia .....	31
1.6.1. Neurobiologia da empatia.....	32
1.6.2. Fatores modeladores .....	34
Pontos Sumários.....	36
 CAPÍTULO 2: (DES)REGULAÇÃO DO AFETO E ALEXITIMIA.....	37
2.1.O constructo da alexitimia: background histórico e concepções contemporâneas.....	37
2.2. Alexitimia: estilo defensivo ou déficit na regulação afetiva? .....	40
2.3. Alexitimia, personalidade e afetos .....	40
2.4. Padrão comunicativo e relações interpessoais .....	43
2.5. Relação da alexitimia com outros constructos psicológicos .....	46
2.6. Fatores concorrentes na etiologia da alexitimia .....	48
2.6.1. Papel do <i>stress</i> , ansiedade e depressão na díade alexitimia-empatia	49
2.7. Contribuição da alexitimia para o prejuízo da saúde e psicopatologia.....	53
2.8. Neurobiologia da alexitimia.....	56
2.8.1. Fatores modeladores .....	58

<b>Pontos Sumários.....</b>	<b>60</b>
<b>PARTE 2- CONTRIBUIÇÃO PESSOAL.....</b>	<b>61</b>
<b>CAPÍTULO 1: DESCRIÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>61</b>
<b>1.1. Objetivos .....</b>	<b>62</b>
<b>1.2. Hipóteses a testar.....</b>	<b>63</b>
<b>1.3. Método.....</b>	<b>66</b>
<b>1.3.1. Desenho de estudo .....</b>	<b>66</b>
<b>1.3.2. Amostra em estudo .....</b>	<b>67</b>
<b>1.3.3. Instrumentos de Medida.....</b>	<b>71</b>
<b>1.3.3.1. Breve descrição dos instrumentos utilizados.....</b>	<b>72</b>
<b>CAPÍTULO 2: RESULTADOS.....</b>	<b>84</b>
<b>2.1. Metodologias de Análise de Dados.....</b>	<b>84</b>
<b>2.2. Resultados sobre a Amostra Global .....</b>	<b>88</b>
<b>2.2.1. Estudo comparativo sobre as características de base .....</b>	<b>88</b>
<b>2.2.2. Estudo comparativo sobre as perturbações de regulação emocional e empáticas e constructos associados .....</b>	<b>92</b>
<b>2.3. Resultados correlacionais sobre os instrumentos de medida aplicados por grupo de estudantes .....</b>	<b>99</b>
<b>2.3.1. Correlações sobre o grupo de estudantes de direito.....</b>	<b>100</b>
<b>2.3.2. Correlações sobre o grupo de estudantes de medicina .....</b>	<b>107</b>
<b>2.3.3. Estudo comparativo das principais relações entre as medidas nos dois grupos.....</b>	<b>114</b>
<b>2.4. Efeitos de moderação por grupo de estudantes .....</b>	<b>123</b>
<b>2.4.1. Efeitos de moderação sobre o grupo de estudantes de direito .....</b>	<b>124</b>
<b>2.4.2. Efeitos de moderação sobre o grupo de estudantes de medicina ...</b>	<b>124</b>
<b>CAPÍTULO 3: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>126</b>
<b>CAPÍTULO 4: LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES .....</b>	<b>126</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>151</b>
<b>DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO .....</b>	<b>165</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>166</b>

## ÍNDICE REMISSIVO DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Teoria das emoções de James-Lange, Cannon-Bard e Schachter-Singer (Adap. Cotrufo & Bares, 2018).....	18
<b>Figura 2-</b> Figura Síntese: Desenvolvimento e Experiência Emocional.....	30
<b>Figura 3-</b> Figura Síntese: Resposta Empática.....	32
<b>Figura 4-</b> Figura Síntese: Neurobiologia da Empatia.....	35
<b>Figura 5-</b> Visão esquemática dos subtipos de alexitimia, com base nas dimensões cognitiva e afetiva da alexitimia propostas por Bermond e colaboradores em 2006/2007 (Adap. Goerlich-Dobre, et al. 2015).....	43
<b>Figura 6-</b> Figura Síntese: Alexitimia.....	46
<b>Figura 7-</b> Figura Síntese: Alexitimia e a sua Relação com Outros Constructos Psicológicos.....	47
<b>Figura 8-</b> Figura Síntese: Díade Alexitimia-Empatia.....	53
<b>Figura 9-</b> Figura Síntese: Alexitimia e o Prejuízo no Estado de Saúde Geral e Psicopatologia.....	55
<b>Figura 10-</b> Figura Síntese: Neurobiologia da Alexitimia.....	59
<b>Figura 11-</b> Desenho de estudo.....	67
<b>Figura 12-</b> Esquema de articulação das correlações relativas à associação entre variáveis da alexitimia (medidas pela TAS-20 e BVAQ) e as apreciações subjetivas de <i>stress</i> , humor global, ansiedade e depressão, no grupo de alunos de direito.....	106
<b>Figura 13-</b> Esquema de articulação das correlações relativas à associação entre variáveis da alexitimia (medidas pela TAS-20 e BVAQ) e as apreciações subjetivas de <i>stress</i> , humor global, ansiedade e depressão, no grupo de alunos de medicina.....	113

## ÍNDICE REMISSIVO DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Critérios de Inclusão e Exclusão da amostra .....	69
<b>Tabela 2-</b> Constituição total da amostra .....	70
<b>Tabela 3-</b> Caraterísticas de base dos estudantes dos cursos de direito e medicina (frequências absolutas, % por coluna e valores-p dos testes de hipóteses aplicados).....	90
<b>Tabela 4-</b> Grupo de Alunos de Direito: Coeficientes de Correlação de Pearson superiores a 0.5 e inferiores a -0.5, significativas a n.s. 1% .....	104



<b>Tabela 5-</b> Grupo de Alunos de Direito: Coeficientes de Correlação de Spearman superiores a 0.5 e inferiores a -0.5, significativas a n.s. 1% .....	105
<b>Tabela 6-</b> Grupo de Alunos de Medicina: Coeficientes de Correlação de Pearson superiores a 0.5 e inferiores a -0.5, significativas a n.s. 1% .....	111
<b>Tabela 7-</b> Grupo de Alunos de Medicina: Coeficientes de Correlação de Spearman superiores a 0.5 e inferiores a -0.5, significativas a n.s. 1% .....	112
<b>Tabela 8</b> – Síntese das correlações de Pearson e Spearman relativas às associações entre as medidas TAS-20 e o BVAQ nos dois grupos.....	114
<b>Tabela 9</b> – Síntese das correlações de Pearson e Spearman relativas às associações entre as variáveis alexitimia (TAS-20 e BVAQ) e empatia (IRI) nos dois grupos.....	116
<b>Tabela 10</b> – Síntese das correlações de Pearson e Spearman relativas às associações entre as variáveis <i>stress</i> (PSS-10), humor (POMS) e ansiedade e depressão (HADS) nos dois grupos.....	118
<b>Tabela 11</b> – Síntese das correlações de Pearson e Spearman relativas às associações entre as variáveis alexitimia (TAS-20 e BVAQ) e empatia (IRI) com o <i>stress</i> (PSS-10), humor (POMS) e ansiedade e depressão (HADS) nos dois grupos.....	120

## ÍNDICE REMISSIVO DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1-</b> Caraterísticas de base dos estudantes dos cursos de direito e medicina (% por coluna).....	91
<b>Gráfico 2-</b> TAS-20 Total - Padrão total de alexitimia, por Grupo de estudantes (%).....	93
<b>Gráfico 3-</b> TAS-20 (F3-EOT) - Padrão de pensamento direcionado para o exterior/operacionalizado, por Grupo de estudantes (%).....	94
<b>Gráfico 4-</b> Diagramas de Caixas e Bigodes de HADS D e PSS-10 por grupo.....	94

## **PREFÁCIO**

Embora a teoria e pesquisa no seio das perturbações afetivas e alexitimia possua raízes bastante ancestrais e se teorize vastamente, subsistem controvérsias e incongruências na sua teoria, definição e pesquisa que erguem lacunas e incertezas.

São diversos os fatores que podem contribuir e/ou conduzir a uma débil definição dos afetos, pensamento externamente orientado e a uma escassez de atividade fantasiosa e imaginativa, características clínicas da alexitimia.

Importa, nesse sentido, dissecar variáveis que se possam revelar preponderantes neste contexto e que possam concorrer para a variabilidade e/ou associar-se ao constructo da alexitimia em diferentes grupos populacionais, bem como os processos interativos que lhes estão associados.

Nesse empenho, desvendar e percorrer o constructo de alexitimia constitui o ponto de partida da presente investigação. O presente estudo procura oferecer um contributo para a pesquisa nesta área tão extensa, partindo de um projeto de investigação que se sustém no gosto e interesse pessoal, especialmente desenvolvido ao longo da experiência de vida particular e académica.

O projeto de investigação aqui apresentado sustenta-se em algumas das fundamentações mais influentes na esfera das perturbações e desenvolvimento emocional, como Sifneos, Nemiah, Taylor, Bermond, Bowlby, entre outros, providenciando algumas considerações pessoais labutadas e amadurecidas ao longo deste trabalho de pesquisa. Naturalmente, as formulações pessoais fornecidas traduzem o resultado do confronto com as verdades científicas e empíricas registadas na literatura.

O presente trabalho resume-se a uma longa viagem sob uma trajetória permeada por inúmeros desafios. Trilhar este caminho apenas foi possível com o importante apoio e incentivo de várias pessoas, que permitiram tornar este projeto real. Aqui lhes exprimo a minha eterna gratidão:

- Ao Professor Doutor Marco Torrado e à Professora Doutora Sílvia Ouakinin, pela orientação e coorientação científica prestada, pela disponibilidade, clareza, rigor, saber transmitido de modo objetivo, opiniões e críticas construtivas e incentivo. Mais do que dois excelentes profissionais e professores, revelaram-se dois fiéis conselheiros que me ajudaram a orquestrar e a concluir esta pesquisa.

- À Professora Doutora Leonor Nicolau, por todo o apoio e esclarecimentos estatísticos prestados.

- Consciente de que sem Vós esta investigação não seria exequível, dirijo um enorme e especial agradecimento aos meus pais, por serem os meus modelos de vida, dedicação e coragem, pelo seu apoio e ajuda. Obrigada por me terem dado a oportunidade de estudar, apoiando-me incondicionalmente e por terem feito o enorme sacrifício de sustentarem todos os encargos financeiros inerentes à formação académica, sem nunca por isso, perderem o sorriso no rosto e sem deixarem de dar aquela palavrinha reconfortante “tenho muito orgulho em ti”.

- Ao meu namorado, por tudo... por todas as palavras, por todos os silêncios, por todos os abraços e por todos os sorrisos. Por estar sempre presente quando mais preciso e por me apoiar incondicionalmente. Por ter caminhado a meu lado, pela sua paciência, compreensão e ajuda prestada.

- Aos meus avós por sempre me apoiarem e por acreditarem sempre em mim.

- À minha bisavó Fina, que embora agora seja mais uma estrela que ilumina o céu, um obrigada por todo o carinho que continha no seu olhar e por todos os beijos deliciosos que deixam uma saudade eterna.

Um enorme obrigado a todos por fazerem parte da minha vida, e por contribuírem para a concretização deste percurso.

A todos eles dedico o presente trabalho.

*“Embora a composição e a dinâmica precisas das reações emocionais sejam moldadas em cada indivíduo pelo meio e por um desenvolvimento único, há indícios de que a maioria das reações emocionais, se não todas, resulta de uma longa história de minuciosos ajustes evolutivos. As emoções são parte dos mecanismos biorreguladores com os quais nascemos equipados, visando à sobrevivência.”*

António Damásio (2000b, p.91)

## INTRODUÇÃO

Durante séculos, muitas das características que definem o Ser Humano, como as emoções, a regulação emocional, o raciocínio, a linguagem e a simbolização emocional e a empatia foram objeto de debate entre diversos investigadores e entre as mais variadas interpretações.

Ao longo de muitos anos, as emoções contrapuseram-se à racionalidade. À luz da tradição racionalista, as emoções eram entendidas como um obstáculo para a plena realização do Ser Humano. Porém, à luz do evolucionismo e ao longo das últimas décadas têm existido vários estudos que comprovam que as emoções resultam de uma genealogia evolutiva, que determinam a aprendizagem e a tomada de decisões e que definem a personalidade. O seu papel imprescindível para a existência individual torna necessária a compreensão do seu funcionamento/regulação e da sua natureza (Cotrufo & Bares, 2018).

Ainda que todos os Seres Humanos vivenciem emoções, existe uma variabilidade interindividual no modo como a vida emocional subjetiva é gerida e experienciada e no modo como o Homem é hábil em reconhecer e descrever sentimentos ao Outro.

Os relacionamentos iniciais explicam uma parte importante dessa variabilidade interindividual. As primeiras competências de regulação emocional são adquiridas pré-verbalmente (sendo essencialmente moduladas na relação da mãe com a criança), participando nos processos de reconhecimento das emoções ao longo do desenvolvimento (Steele, Steele & Croft, 2008).

Além das interações mútuas (comportamento vincutivo) com o ambiente social incipiente, também a cognição e os afetos medeiam este processo desenvolvimental tão complexo (desenvolvimento e regulação afetiva). Numa constante e complexa interação entre si, é o modo como se integram e representam mentalmente durante o período desenvolvimental (embora ligeiramente modificado pelas experiências sociais durante a infância e adolescência) que influencia significativamente a organização da personalidade e justifica consideráveis diferenças individuais na adultícia (Magai & McFadden, 1995). Isto é, os fatores ambientais e desenvolvimentais singulares de cada indivíduo medeiam a composição e dinâmica das respostas emocionais.

De modo a tentar explicar a infinda variabilidade da resposta e regulação emocional, e em particular os seus défices (desregulação), foi proposto o conceito de alexitimia. A alexitimia é reconhecida como um défice cognitivo-afetivo (isto é, no processamento cognitivo da informação emocional) que influencia a regulação emocional

(Taylor, Bagby & Parker, 1997) e detém um impacto na saúde e doença (Lumley, Neely & Burger, 2007).

Ainda que sejam apontados diversos fatores que concorram para a gênese da alexitimia, a discussão da natureza dos seus défices no desenvolvimento, regulação e expressão emocional ainda não se encontra terminada (Lane et al., 2015).

Nesse empenho, o presente estudo deriva desse debate aparentemente interminável, procurando desconstruir este tema tão complexo e fornecer evidências sobre possíveis variáveis que se possam associar e/ou concorrer para a variabilidade das características alexitímicas. Sob um olhar global e integrador procura-se estudar a alexitimia em vários aspetos da sua complexidade, analisando, fundamentalmente, a associação entre manifestações alexitímicas, dimensões da regulação afetiva e competências empáticas.

A presente Dissertação encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte compreende um conjunto de dois capítulos que reúnem, predominantemente, uma revisão da literatura e fundamentação teórica do tema, socorrendo-se de uma amplitude teórica vasta. O primeiro capítulo aborda o desenvolvimento e regulação emocional, onde são revisadas perspectivas históricas e outras mais recentes preponderantes neste domínio. Neste capítulo é descrito o papel determinante da articulação entre processos neurofisiológicos e relacionais no desenvolvimento psíquico da criança, bem como da empatia e a sua neurobiologia. O segundo capítulo compreende uma revisão da literatura no domínio da (des)regulação do afeto e alexitimia, onde são percorridos contributos históricos até aos contributos científicos mais recentes. Aqui a alexitimia é descrita como um fenómeno clarificador das perturbações da regulação emocional, descrevendo-se o seu impacto na saúde e doença, sendo ainda descrita a sua neurobiologia.

A segunda parte da Dissertação subdivide-se em quatro capítulos, que se debruçam sobre a contribuição pessoal do estudo. No primeiro capítulo oferece uma descrição do projeto de investigação. Segue-se o capítulo dos resultados onde são sintetizados os dados mais relevantes obtidos nesta investigação. Posteriormente, surge um capítulo onde são discutidos os resultados obtidos e onde se procede à sua integração com algumas perspectivas teóricas. Por fim, o quarto capítulo reúne as principais limitações e conclusões do estudo.

## **PARTE 1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **CAPÍTULO 1: DESENVOLVIMENTO E REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES**

#### **1.1.Percurso evolutivo das teorias da emoção**

A controvérsia sobre a definição do constructo da emoção perdura desde a ilustre publicação de William James intitulada *What is an emotion?* («O que é uma emoção?»). Evidências claras sobre esta controvérsia encontram-se representadas nos trabalhos de vários autores (Taylor et al., 1997).

A investigação no âmbito das emoções e dos processos emocionais tem sido alterada, reformulada e complementada ao longo das décadas. Tal evolução apresenta as suas raízes primogénitas nos contributos de Darwin sobre a sobrevivência das espécies.

As teorias de Charles Darwin (1872) demonstraram que as emoções surgem numa lógica evolutiva, refletindo o resultado da seleção natural, pela sua contribuição/função adaptativa para a sobrevivência e reprodução do Ser Humano. Darwin verificou que as expressões faciais e corpóreas de determinadas emoções, de inúmeros grupos de indivíduos de diferentes culturas e faixas etárias, apresentam padrões semelhantes. Preconizou que existem determinadas emoções inatas, semelhantes a reflexos, que advêm da ação direta do Sistema Nervoso Central (SNC) e que se expressam por intermédio de diferentes modelos de expressão facial e corporal. Verificou que as expressões emocionais adquirem uma função de sinalização/expressão que providencia o vínculo mãe-bebé e o desenvolvimento relacional entre indivíduos (Taylor et al., 1997). As suas considerações revolucionaram o pensamento científico da época, uma vez que, derrotaram a crença na altura predominante de que as emoções prejudicavam o pensamento lógico e a tomada de decisões racionais (Cotrufo & Bares, 2018).

Uma extensa linha de investigação tem sido construída em torno do pensamento de Darwin. Os seus contributos encontram-se notoriamente manifestos nas teorias modernas da emoção. Analogamente ao autor, vários pesquisadores destacaram os aspetos expressivos e/ou as funções adaptativas das emoções.

Sigmund Freud, influenciado pela teoria evolutiva de Darwin, destacou a importância dos instintos de reprodução e sobrevivência (Sulloway, 1979). Contudo,

relacionou todo o comportamento às pulsões instintivas, ou seja, não entendeu os afetos como fatores motivacionais primários, mas sim como fatores secundários das pulsões instintivas. Ou seja, os afetos traduzem fundamentalmente processos de descarga que surgem somente quando o impulso não se encontra inteiramente concretizado. Desse modo nos escritos iniciais de Freud, a ansiedade surge descrita como uma libido transformada (Taylor et al., 1997).

Silvan Tomkins (1962, 1963) identificou um pequeno número de emoções inatas, cada uma caracterizada por uma expressão facial particular. Contrariamente a Freud, conceituou os afetos como fatores primordiais de motivação biológica. Propôs ainda a cognição como uma unidade separada do sistema afetivo [Tomkins (1984, citado por Taylor et al., 1997)]. Sugeriu que “as emoções podem controlar as cognições ou ser controladas por elas ou estar integralmente interligadas com elas” (Magai & McFadden, 1995, p. 230). De acordo com a sua perspectiva, ao longo do desenvolvimento infantil são criadas estruturas “ideo-afetivas” (organizações psicológicas de cognição e afeto), que se tornam características importantes da personalidade e que influem diversos comportamentos, como capacidades de regulação emocional e processamento de informações (Magai & McFadden, 1995).

Robert Plutchik (1993) entendeu as emoções como meios de comunicação e sobrevivência assentes em adaptações evolutivas das espécies, propondo uma base genética para as mesmas. Tal como Tomkins, acreditava na existência de um pequeno número de emoções primárias. Como tal, elaborou um esquema no qual organizou e catalogou de modo simplificado diversas emoções (ligeiramente diferente da lista de Tomkins), o qual funda uma evidente relação entre emoção e os correlatos cognitivos característicos, mostrando a interdependência das duas dimensões. Num esforço para relacionar as emoções com os traços da personalidade, identificou uma diversidade de emoções secundárias provenientes de combinações das emoções primárias. Entendeu que a base da estrutura da personalidade se forma de acordo com o modo habitual da probabilidade de experienciar emoções primárias ou secundárias.

Influenciado pelos contributos de Tomkins e Darwin, Carroll Izard (1977) propôs a teoria das emoções diferenciais (que procura associar os processos emocionais com outras dimensões da personalidade, englobando a cognição, e com a neurofisiologia). Assim como Tomkins e Plutchik, nomeou um grupo de emoções primárias, classificando-



as como fundamentais, por cada emoção encerrar em si uma expressão facial própria, um substrato neural particular, uma particularidade subjetiva singular ou fenomenológica e, casualmente, uma resposta corpórea. Defendeu que as “emoções fundamentais são motivadoras e organizadoras do comportamento, e não apenas respostas a um processo avaliativo” (Izard & Buechler, 1980, p. 168).

Definiu a personalidade humana como um conjunto de seis subsistemas intrinsecamente inter-relacionados, que podem agir de modo relativamente autónomo: motivacional, emocional, motor, cognitivo, perceptivo e homeostático. Tal como a conceção de organizações ideo-afetivas de Tomkins, conecta os traços da personalidade com combinações de organizações afetivo-cognitivas (ideo-afetivas). Atribuiu especial relevância às interações entre os processos cognitivos e os afetos, salientando a inumerabilidade de tais interações e a sua variância de acordo com a interação pessoa-ambiente (Izard, 1977).

William James (1884), foi o primeiro a abordar cientificamente a origem das emoções. Defendeu que a percepção de um estímulo provoca uma resposta corporal, e esta (e não a percepção do estímulo como tradicionalmente julgado) provoca a emoção. Não obstante o manifesto reducionismo desta perspetiva, Carl Lange (1992) chegou a conclusões muito semelhantes. A teoria das emoções de James-Lange concordava que a percepção de um estímulo provoca uma resposta corporal, sendo essa resposta corporal a causa da emoção. De acordo com a sua perspetiva, as emoções refletiam o resultado das mudanças fisiológicas, dependendo em exclusividade das regiões cerebrais hábeis de as gerar- córtex cerebral (James, 1884; Lange, 1992).

Walter Cannon (1927) contrariamente a William James, defendeu que a expressão emocional não dependia da percepção de alterações fisiológicas e que as reações corporais *per si* não produziam necessariamente emoções. Mostrou que as emoções surgem das regiões cerebrais subcorticais, sendo as respostas autonómicas (fisiológicas) um simples *output* dos processos cerebrais envolvidos na experiência emocional (Porges, 1991).

Prosseguiu a sua investigação com a colaboração de Philip Bard com o objetivo de propor uma teoria que colmatasse as lacunas da teoria de James-Lange. Os contributos da teoria de Cannon-Bard permitiram identificar os mecanismos cerebrais que subjazem o surgimento das emoções e a sua expressão (Cotrufo & Bares, 2018).

Na década de 60, Stanley Schachter e Jerome Singer (1962), nos seus trabalhos e, igualmente, na tentativa de extrapolar dissonâncias na teoria da emoção de James-Lange, estimularam o olhar sobre o papel dos fatores cognitivos na resposta emocional. De acordo com Schachter (1964) a experiência emocional é um processo cognitivo, produzida pela interpretação relativa da ativação emocional (*arousal*) - orientada pelo modo como o sujeito apreende a situação e pelas atribuições que lhe confere, e não pela ativação autonómica *per si*. Isto é, ocorre um processo avaliativo cognitivo do meio e do contexto, justamente entre a reação fisiológica e a resposta emocional.

Defendiam que a experiência emocional depende das reações fisiológicas e da interpretação do sujeito do meio e do contexto, contrariamente a Cannon (1927) que acreditava que as reações fisiológicas e a experiência emocional eram independentes. A sua perspetiva não suportou igualmente os pressupostos de James-Lange (James, 1884; Lange, 1992), por não defenderem que as reações fisiológicas sejam a causa da experiência emocional.

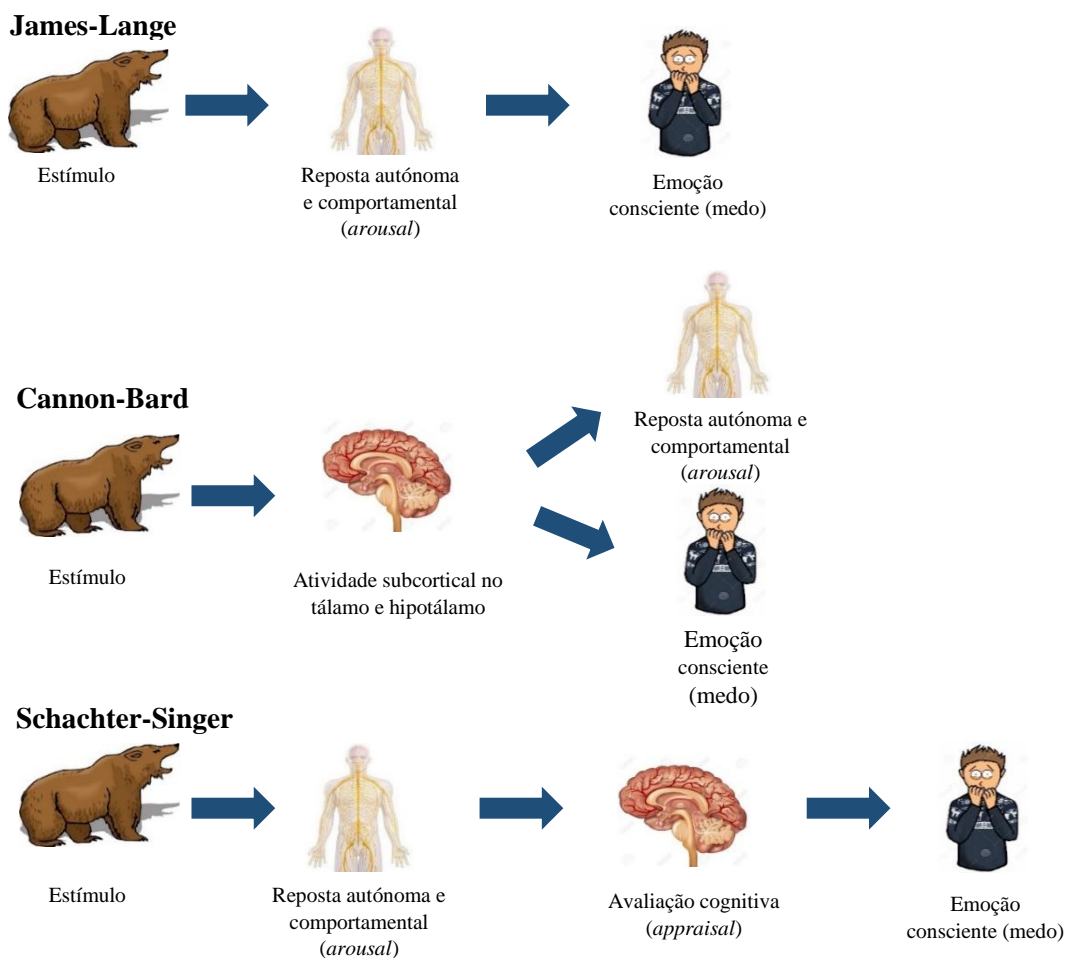


Figura 1-Teoria das emoções de James-Lange, Cannon-Bard e Schachter-Singer. Adaptado de Cotrufo & Bares, 2018.

Contundente defensor da teoria cognitiva da emoção, Lazarus em 1991, argumentou que a avaliação cognitiva (da relação pessoa-ambiente) é imprescindível e suficiente para que ocorra a experiência emocional: “sem uma avaliação pessoal, não existirá emoção; quando tal avaliação é feita, é inevitável uma emoção de qualquer tipo” (p. 177). Com base nesta teoria, o padrão de avaliação pessoal produz e regula cada emoção (Taylor et al., 1997).

Richard Davidson & Paul Ekman, em 1994, defenderam que “se “cognitivo” é utilizado para incluir o processamento básico da informação sensorial, a maioria, senão todas, as emoções terão alguma contribuição cognitiva” (p.232). Porém, existem evidências da possibilidade de os afetos se manifestarem de modo independente da cognição, quando a definição de cognição se limitar aos processos cerebrais do neocórtex ou hipocampo (Davidson & Ekman, 1994, citado por Taylor et al., 1997).

Ainda que as referidas teorias contenham verdades científicas, estão ainda recheadas de algumas limitações e reducionismos. Conforme salientou Zajonc (1984, citado por Taylor et al., 1997) ao atentarmos no desenvolvimento ontogenético e/ou filogenético, percebe-se que os afetos antecedem o desenvolvimento da cognição. Segundo Jones (1995) se a avaliação cognitiva for considerada como antecedente das reações emocionais, a teoria cognitiva da emoção torna-se similar ao modelo reducionista de Freud- pulsão-descarga.

De acordo com Taylor e colaboradores (1997), o diferente modo como o termo cognição foi definido pelos teóricos reflete bem a base da controvérsia que a literatura regista sobre a relação entre emoção e cognição.

A ilustre obra de António Damásio intitulada “O Erro de Descartes” (2011) deu fim a esta lacuna que a literatura vinha a registar ao longo das décadas, iluminando as emoções como o resultado do funcionamento sinérgico do sistema agregado mente/cérebro e corpo.

## **1.2. Emoções, sentimentos e afetos**

As emoções são entendidas como fenómenos de base biológica. Derivam do verbo latino *emovere* («sair» ou «expulsar») que traduz a sua predisposição para a ação. Oferecem significado a uma dimensão de comportamento cuja essência é plurideterminada (Taylor et al., 1997). Tratam-se de fenómenos complexos que envolvem uma experiência visceral (e.g., alterações da frequência cardíaca) e somatomotora (e.g., sorrir) (Niedenthal, 2007).

De acordo com António Damásio (2000a) as emoções possuem uma função biológica dupla de sobrevivência: viabilizam a produção de uma reação específica (luta/fuga) face a potenciais estímulos; e a regulação do estado interno do organismo de tal modo que este possa estar preparado para essa reação específica. Isto é, são episódios breves de resposta do organismo a eventos internos ou externos significativos (avaliação/significado subjetivo do contexto), maquinados a nível cerebral, autonómico e comportamental (Davidson, Scherer e Goldsmith, 2003).

Apesar de não existir unanimidade na definição da emoção (Taylor et al., 1997), é de consentimento geral que a resposta emocional compreende três sistemas de processos interligados: (1) processos neurofisiológicos (sistema nervoso autonómico e ativação neuroendócrina, essencialmente); (2) processos motores ou comportamentais-expressivos (choro, expressões faciais e alterações na postura corporal) e (3) sistema cognitivo-experiencial (consciência subjetiva e dimensão simbólica dos estados sentimentais) (Taylor et al., 1997; Torrado, 2011).

Neste ponto, o afeto tem sido perspectivado como o termo que melhor compreende os estados heterogéneos das emoções, sentimentos e humor, envolvendo os três domínios dos sistemas de resposta emocional, assim como representações mentais dos estados sentimentais- interligadas como memórias vivenciais que conferem significação pessoal aos sentimentos experimentados (Sifneos, 1988).

Considerando toda a complexidade na determinação de uma definição clarificadora e consensual do constructo da emoção, e concordando com Damásio (2000b), revela-se extremamente difícil a tarefa de definir emoção: “depois de fazer o levantamento de todo o espectro de fenómenos possíveis, ficamos a imaginar se é realmente exequível formular alguma definição sensata de emoção e se um termo único

é útil para designar todos esses estados” (p. 86). Considerando a complexidade do fenômeno, Damásio propôs a emoção como um “conjunto de respostas químicas e neurais que formam um padrão distinto” (p. 430). Refere-se a um padrão distinto, uma vez que, cada emoção é produzida por um sistema cerebral próprio (isto é, emoções distintas são produzidas por sistemas cerebrais diferentes).

Atendendo a que não existe na literatura acordo na distinção entre afetos e emoções, e por não serem totalmente claras e consensuais as fronteiras entre ambos, será adotado ao longo desta investigação o estilo da maioria dos autores sendo, portanto, procedido o uso intercambiável dos termos afeto e emoção, quase como que sinónimos.

### **1.3. Conceito de regulação emocional**

O modo como o Ser Humano experiencia e expressa as emoções, bem como as condutas empregues para as influenciar são descritas pelo conceito de regulação emocional, ou do afeto de modo mais lato (Gross & Munoz, 1995; Kopp, 1989).

O conceito de regulação emocional resultou dos trabalhos de James Gross em 1998. É um conceito que abrange quatro constructos que refletem diferentes conjuntos de processos/mecanismos: *coping* (conjunto diversificado de processos empreendidos que objetivam, especificamente, reduzir o afeto negativo, envolvendo normalmente longos períodos de tempo); defesas (mecanismos inconscientes e estáveis, distintos entre indivíduos, e que focalizam usualmente na regulação de experiências emocionais negativas, em particular a ansiedade), regulação emocional (processos implementados de modo a regular emoções específicas e mecanismos conscientes e não conscientes que aumentam/diminuem a capacidade de experienciar e expressar emoções positivas e negativas, e não tanto o ajustamento de estados de humor duradouros); e regulação do humor (dinâmicas centralizadas na alteração da experiência emocional em detrimento de tendências expressivas da resposta emocional) (Gross & Thompson, 2007).

Trata-se, portanto, de um conjunto abrangente de processos através dos quais os indivíduos modulam/influenciam as emoções que experienciam, o contexto em que as vivenciam e o modo como as identificam, experienciam e expressam (Gross, 1998). Pelo que, tais mecanismos de regulação atuam de modo a amplificar, reduzir ou manter a

intensidade das respostas emocionais (Thompson, 1994). Nem todos os processos implicados na regulação das emoções são conscientes, tendo a investigação salientado que muitos podem atuar a um nível implícito ou não consciente (Bargh & Williams, 2007).

Atualmente é consensual que os fatores cognitivos apresentam um papel importante na experiência emocional. É igualmente consensual que as emoções são globalmente reguladas em função de dois tipos de avaliação (bottom-up e top-down) que, segundo Gerald Clore e Andrew Ortony (2000) são inerentes à globalidade dos processos cognitivos e não são exclusivas da regulação emocional.

De acordo com Robert Leahy e colaboradores (2011), a efetiva regulação emocional pressupõe um processo trifásico que conjectura que o indivíduo seja hábil de (1) identificar o significado emocional do estímulo; (2) produzir um estado afetivo e (3) regular-se emocionalmente.

Atendendo a este conjunto de processos fundamentais à boa regulação emocional, torna-se claro o facto das características alexitímicas contrastarem com a regulação emocional eficiente.

A literatura tem demonstrado neste âmbito uma relação da alexitimia com estilos de regulação emocional mal adaptativos (Dubey, Paney & Mishra 2010). Conforme Jie Chen e associados (2011), indivíduos alexitímicos tendem a usar mais estratégias supressivas e menos estratégias de reavaliação, comparativamente a indivíduos não alexitímicos. Ademais, a díade alexitimia-dificuldades de regulação emocional é sustentada por registos onde ambas se associam de modo análogo com problemas de saúde física e mental (Pandey, Saxena & Dubey, 2011). Sendo que, tem sido particularmente demonstrado o papel da desregulação emocional sobre uma diversidade de psicopatologias (Farchione et al., 2012).

Por fim, revela-se de carácter fundamental salientar que a regulação emocional não representa obrigatoriamente o controlo, repressão ou supressão das emoções. As emoções não devem ser controladas rigorosamente por possuírem essenciais funções motivadoras, organizadoras e adaptativas (Izard & Kobak, 1991).

Salienta-se, igualmente, que as competências cognitivas como a capacidade de avaliar as emoções do Outro e utilizá-las de modo adaptativo, e de entender os

sentimentos do Outro de forma a responder de modo empático (Salovey & Mayer, 1990), fundamentais para a efetiva autorregulação emocional, são representadas pelo constructo de inteligência emocional (Goleman, 1995).

#### **1.4.Desenvolvimento afetivo**

Após os trabalhos de Darwin sobre as emoções, foram desenvolvidas várias teorias assentes nas emoções primárias (emoções disseminadas pela evolução de modo a asseverar a sobrevivência). Ao longo do desenvolvimento, essas emoções primárias são incorporadas em redes cognitivas mais desenvolvidas e complexas, que evidenciam o papel dos processos superiores de pensamento (Metcalf & Mischel, 1999).

Pese embora o seu modo pouco lato na abordagem ao desenvolvimento dos afetos, Jean Piaget (1981, citado por Taylor et al., 1997) defendeu que este surge de modo conjunto e complementar ao desenvolvimento cognitivo.

Richard Lane e Gary Schwartz (1987) ao agregarem a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget com os conhecimentos de Werner e Kaplan (1963) relativos ao desenvolvimento da linguagem e simbolização, criaram um modelo cognitivo-desenvolvimental de modo a explicar a estrutura da experiência emocional. Este modelo pressupõe uma modificação estrutural na experiência emocional sob uma hierarquia desenvolvimental de integração e diferenciação gradativa (Lane et al., 1990). A sua estrutura permite conceitualizar e explicar o desenvolvimento afetivo durante a primeira infância, auxiliando a clarificação das dissemelhanças individuais na experiência, exteriorização e regulação emocional e na capacidade de empatizar (Taylor et al., 1997).

O modelo de Lane e Schwartz postula cinco níveis de organização e consciência emocional: (1) reflexivo sensoriomotor- emoção experienciada como sensação corporal podendo, através da expressão facial, ser perceptível ao Outro; (2) ordenação sensoriomotora- emoção como sensação corporal e como propensão para a ação; (3) pré-operatório- emoções experienciadas a nível psicológico e somático, e existência de exposições verbais frequentemente estereotipadas; (4) operatório- consciência de matizes de sentimentos, e capacidade de descrever vivências subjetivas de estados emocionais mais complexos e diferenciados; e (5) operações formais- consciência de combinações de

matizes de sentimentos, capacidade de diferenciação ténue de matizes de emoções, e capacidade de entendimento da vivência afetiva do Outro (Lane & Schwartz, 1987).

As considerações postuladas no modelo cognitivo-desenvolvimental de Lane e Schwartz representam um marco no pensamento científico da época, fornecendo substrato à estrutura da experiência emocional sob uma hierarquia desenvolvimental. Ainda que tenham surgido, posteriormente, outras abordagens similares que procuram concetualizar a organização das emoções, os contributos de Lane e Schwartz encontram-se notoriamente manifestos no conhecimento científico atual.

É consensual que, na sua globalidade, os processos de regulação das vivências afetivas se desenvolvem de forma consistente ao longo da infância, de acordo com uma sequência epigenética. Na primeira infância os bebés comunicam as suas emoções e necessidades através de manifestações fisiológicas e comportamentais-expressivas. Estados precursores indiferenciados de angústia e satisfação constituem o elemento subjetivo-experiencial dessas emoções (Krystal, 1988); [Osofsky (1992, citado por Taylor et al., 1997)].

Ao longo do processo desenvolvimental, os estados afetivos relativamente indiferenciados vão dando lugar a uma progressiva autonomia da criança na autorregulação da sua (maior ou menor) ativação fisiológica ou desconforto emocional, por meio da diferenciação dos processos de aprendizagem - progridem para um conjunto de emoções específicas. O desenvolvimento gradativo de estratégias de controlo efetivo da resposta do organismo a determinados estímulos (que naturalmente contribuem para a base do controlo inibitório do adulto) permite-lhes inibir as respostas que à partida seriam dominantes e responder de modo mais adaptativo e em concordância com as expectativas sociais às solicitações do meio (Rothbart & Rueda, 2005).

#### **1.4.1. Importância da interações precoces**

A articulação entre processos neurofisiológicos e relacionais desde o desenvolvimento precoce da criança é hoje inequívoca.

Ao longo dos últimos anos a investigação tem fortificado a existência de influências e ligações determinantes sobre o desenvolvimento emocional (Soares, 2009), desenvolvimento cognitivo, estruturação da personalidade e edificação de relações



afetivas e interpessoais (Bowlby, 1988; Faria et al., 2009) e psicopatologia (Richter, Gilbert & McEwan, 2009).

Conforme refere Mota-Cardoso (2001) os circuitos responsáveis pela percepção social articulam-se com os circuitos envolvidos na modulação emocional, regulação corpórea, organização mnésica e comunicação interpessoal. Deste modo, as funções mentais superiores, incluindo a regulação emocional, estruturam-se por meio das interações sociais estabelecidas desde precocemente. Nesse sentido, e de acordo com os princípios ontogenéticos que orientam o desenvolvimento normativo do cérebro humano, a organização do *Self* ocorre “na presença de um outro *Self*, de um outro cérebro” (Schorre, 1996, p.60).

A investigação no âmbito dos estilos de vinculação durante a primeira e segunda infância tem asseverado o papel das figuras de vinculação no desenvolvimento emocional da criança. A compreensão da influência dos cuidados prestados durante os primeiros tempos de vida no desenvolvimento psíquico e na evolução psicológica e psicopatológica da criança beneficiou dos importantes contributos de Bowlby.

Fred Thorberg e associados em 2011, obtiveram conclusões muito próximas com o que John Bowlby registou. Concluíram que os vínculos criados em etapas precoces do desenvolvimento nas relações mutuais entre a criança e a mãe (ou principal cuidador) ajudam a promover a adequada regulação emocional, comunicação e relações interpessoais da criança.

Concretamente, nesta relação, e particularmente à medida que a criança desenvolve mais capacidades, a criança e a mãe imbuem-se na sintonia afetiva, enquanto se regulam e ajustam aos comportamentos e necessidades uma da outra [Emde (1988, citado por Taylor et al., 1997)]. Esta partilha, assim como a capacidade de espelhar à criança, desde o início do seu desenvolvimento, emoções (especialmente emoções positivas) e sentimentos de segurança no ambiente familiar que a envolve, influencia consideravelmente não só o seu desenvolvimento emocional, como também a eclosão do seu *Self* e das representações internas (objetos) (Emde, 1988; Osofsky, 1992, citados por Taylor et al., 1997); Stern, 1985).

Nas primeiras etapas da vida da criança a sensibilidade da mãe às suas necessidades funciona como um mecanismo de regulação externa do seu bio-

comportamento. A sua sensibilidade promove capacidades regulatórias que permitem que a criança adapte o modo, intensidade e qualidade das suas respostas, influenciando o seu temperamento (Schore, 2005). Isto é, a mãe comporta as suas emoções e sensações primitivas, modificando-as por intermédio dos próprios processos cognitivos, em emoções significativas e outras particularidades da experiência, e permutando-as novamente ao bebé (mãe como instrumento de pensamento para a criança, que fornece estados mentais organizadores do seu psiquismo) (Bion, 1965).

Com o surgimento da linguagem e simbolização, e através das práticas relacionais e educativas dos pais, que devolvem à criança palavras (símbolos) e significados sobre as suas manifestações emocionais somáticas e outras experiências corporais, o seu grau de consciência emocional subjetiva amplifica progressivamente (Furman, 1992).

Deste modo, ensinar uma criança a designar sentimentos e exprimi-los em palavras, convalesce a regulação afetiva (comportamento motor cede lugar às expressões verbais) e desenvolve a capacidade de pensar sobre as emoções, integrar experiências afetivas e diferenciar desejos e fantasias da realidade (Katan, 1961). Assim, a aptidão de representar os sentimentos verbalmente possibilita que a criança reflita sobre os estados subjetivos, integre e estruture vivências emocionais, bem como que delineie estratégias regulatórias (Dunn & Brown, 1991; Kopp, 1989; Stern, 1985). Ademais, a progressiva verbalização das emoções conduzirá a novas experiências e a um conhecimento (consciencialização) progressivo de emoções mais complexas e distintas (Stern, 1985). Unicamente num seio familiar onde a criança beneficie da simbolização e verbalização dos sentimentos ser-lhe-á possível desenvolver estas competências (Taylor et al., 1997).

Esta díade mãe-criança possibilita que a criança internalize a sua relação com a figura de vinculação ao invés da figura de vinculação *per si*, desenvolvendo um esquema cognitivo-afetivo dessa relação de vinculação primogénita [West & Sheldon-Keller (1994, citado por Taylor et al., 1997)]. Esse esquema inicial pode ser alterado ou fortificado pelos episódios vinculativos ulteriores (Taylor et al., 1997).

Quando a mãe (leia-se cuidador primário/pais) não expressa as suas emoções ou não reconhece a natureza das emoções da criança e comporta-se de modo inadequado para com a mesma, pode influenciar consideravelmente a sua regulação emocional ao longo da vida (Humphreys, Wood & Parker, 2009). Isto é, quando os pais não operam como reguladores extrínsecos dos seus estados emocionais, não ocorre o normal desenvolvimento afetivo (Taylor et al., 1997). Nesse sentido, os padrões de vinculação

precocemente estabelecidos medeiam o conjunto de estratégias de regulação emocional utilizadas pela criança.

Existem dois padrões de vinculação de natureza oposta- vinculação segura e vinculação insegura; sendo que a última subjaz três padrões distintos (evasivo, ambivalente e desorganizado). Especificamente, o padrão de vinculação inseguro evasivo caracteriza-se por um indiferentismo materno aos sinais da criança, particularmente denegação da procura de proximidade; o padrão inseguro ambivalente traduz uma resposta materna imprevisível (dúbia); e o padrão desorganizado caracteriza-se por pais que em consequência do próprio trauma psíquico podem, por vezes, parecer à criança como assustados e/ou assustadores (Main, 1991). Assim, as características particulares dos padrões vinculativos inseguros levam a que as crianças sujeitas a este tipo de comportamento de apego manifestem défices consideráveis na capacidade de regular os estados subjetivos através das suas capacidades cognitivas e emocionais, inibindo o desenvolvimento precoce de capacidades e estratégias eficientes de regulação emocional. De modo oposto, crianças com padrão de vinculação seguro propendem a desenvolver precocemente capacidades de regulação emocional, fundamentalmente, fisiológicas, cognitivas e linguísticas (Lemche et al., 2004). Pelo que, a vinculação segura se associa positivamente com a capacidade de a criança identificar emoções básicas (Steele, Steele & Croft, 2008).

Considerando a incomensurável influência dos padrões relacionais da díade mãe-criança precocemente estabelecidos (particularmente das experiências inseguras) no desenvolvimento da regulação emocional da criança, tem sido demonstrado, abundantemente, o seu papel no desenvolvimento de traços alexitímicos (Mason et al., 2005).

A investigação no domínio da percepção adulta das relações afetivas estabelecidas com os pais durante a infância e adolescência, sugere que pais percebidos como emocionalmente mais responsivos (e.g., afetuosos, disponíveis, atentos e hábeis de atender às necessidades dos filhos, conferindo-lhes um suporte emocional adequado sem serem intrusivos) aparentam contribuir significativamente para uma vinculação segura na idade adulta (Canavarro, 1999). No domínio da alexitimia Monica Pellerone e colaboradores (2017) demonstraram o papel mediador desta ligação parental percebida sobre a alexitimia. Sendo que, a percepção durante a infância e adolescência, de reduzido suporte afetivo e significativa sobreproteção parental aparenta relacionar-se

consideravelmente com o aumento de traços alexitímicos na adultícia (Kooiman et al., 2004).

Embora existam diversas denominações para os padrões vinculativos inseguros na infância (em fases posteriores à primeira infância) e adultícia, existem evidências contundentes que aventam uma relativa estabilidade ao longo da vida dos estilos de vinculação desenvolvidos na primeira infância, existindo a possibilidade de serem transferidos entre genealogias [Slade & Aber (1992, citado por Taylor et al., 1997)].

### **1.5. Imaginação e autorregulação emocional**

Ainda que, os estados emocionais da criança (e.g., angústia e satisfação) sejam inicialmente regulados essencialmente através das repostas empáticas harmônicas do cuidador primário, mesmo bebês com padrões de vinculação segura manifestam formas elementares de regulação afetiva (e.g., chuchar os dedos e dedilhar o vestuário ou partes do corpo do cuidador) (Kopp, 1989). Esses modos elementares de regulação emocional (objetos sensoriais) proporcionam, através das experiências táteis e dos ritmos motorizados, uma sensação de “unidade” com a mãe. Desse modo, durante os primeiros meses de vida, o bebê utiliza esses objetos sensoriais como um pré-requisito ao desenvolvimento ulterior de objetos e fenômenos de transição. A criação de objetos de transição (que apresentam valor fantasioso/imaginário) funciona como um recurso ao qual a criança recorre, especialmente durante estados de angústia (essencialmente estados ansiosos provocados pela separação da mãe), atuando como um importante regulador emocional (Winnicott, 1953).

Também o jogo e os sonhos possuem valor imaginativo, atuando, igualmente, como aspetos essenciais de regulação emocional.

O jogo infantil está abundantemente permeado pela fantasia/atividade imaginativa, traduzindo um mecanismo adaptativo através do qual a criança pode sistematizar experiências complexas em modelos mais simplificados e possíveis de gerir e, assim, potencializar o surgimento de afetos positivos e evadir afetos negativos (Singer, 1979). Analogamente, Carroll Izard e Rogers Kobak (1991) consideram o jogo como um recurso primordial, que possibilita aprender a incorporar a cognição, o afeto e a ação. Quando a criança se mostra incapaz de se envolver no jogo, espelha défices na função simbólica da fantasia, falência na incorporação da cognição com as emoções e uma

inaptidão de se identificar com os sentimentos do Outro [Tustin (1988, citado por Taylor et al., 1997)]. Os sonhos (particularmente, a criação de tipos de sonhos simbólicos que cumprem os desejos) são, igualmente, pensados como detentores de um papel na modulação emocional através dos mecanismos de condensação, deslocamento e simbolização. Porém, a inabilidade para simbolizar impossibilita a conversão de experiências afetivas em histórias criativas (imaginativas) e, conseqüentemente, os sonhos revelam-se altamente desestabilizadores ou triviais (Taylor, 1987).

A interferência (parental) na criação de objetos de transição da criança inibe o desenvolvimento da atividade imaginativa e prejudica o desenvolvimento de capacidades essenciais à adequada regulação emocional [Tustin (1988, citado por Taylor et al., 1997)]. Nesse sentido, a ausência de relacionamentos de transição pode levar a que a criança mantenha uma dependência contínua de modos primitivos de regulação afetiva, como de objetos sensoriais ou de atividades autossensitivas (e.g., masturbação, sugar o polegar e girar o cabelo). Possivelmente, estes modos primitivos correspondem, na adolescência e adultícia, a comportamentos dominados por sensações como consumo abusivo de tabaco e álcool (Taylor et al., 1997).

Ainda que, possivelmente, a criança abandone os objetos de transição, geralmente alcança ao longo da vida interesses (e.g., música, leitura, religião e meditação) e imiscui-se em atividades que transmitem sensações de conforto análogas (Horton, 1981). O desenvolvimento de interesses surge mais tarde, e secundariamente aos objetos de transição, de modo a desempenhar determinadas funções de regulação afetiva inicialmente viabilizadas pelas figuras vinculativas, podendo retratar o desenvolvimento de uma predisposição inata (Eagle, 1984). Assim, os interesses auxiliam a regulação emocional e produzem afetos positivos que fortalecem as relações sociais, que por sua vez, também proporcionam funções de regulação emocional. Indivíduos inábeis de criar interesses, com fracas capacidades imaginativas e com fracas redes e relações sociais, podem envolver-se em processos insatisfatórios de regulação afetiva, como ingestão abusiva de alimentos, álcool ou tabaco (Taylor et al., 1997). Tais dificuldades na utilização de mecanismos eficientes de regulação afetiva serão descritas em maior detalhe no próximo capítulo, onde é realizada uma exposição de diversos estudos realizados no âmbito da alexitimia, que clarificam o papel desta na doença e psicopatologia.

No domínio da alexitimia, o prejuízo das capacidades imaginativas, criativas e de fantasia espelham características dos indivíduos alexitímicos (Czernecka & Szymura, 2008). Assim, a circunscrita capacidade imaginativa tão característica destes indivíduos, limita o grau em que estes são hábeis de modular, através do sonho, fantasia, jogo e interesses, uma diversidade de emoções (Krystal, 1988; Mayes & Cohen, 1992). Embora os sujeitos alexitímicos possuam atividade de sonho semelhante aos indivíduos sem alexitimia, a sua descrição do conteúdo dos sonhos é indigente (Nielsen, Levrier & Montplaisir, 2011).

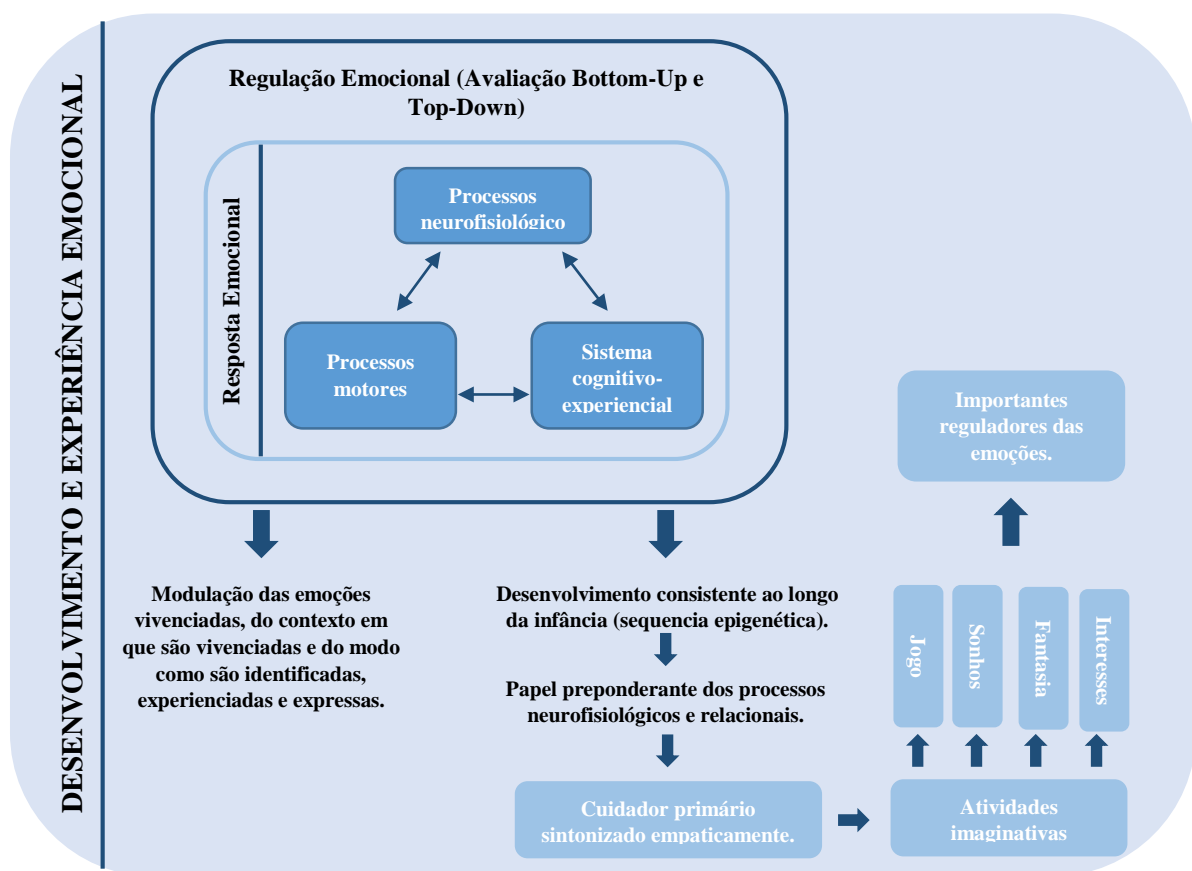


Figura 2- Figura Síntese: Desenvolvimento e Experiência Emocional.

## 1.6. Empatia

A característica natureza social do Ser Humano tem sido inexoravelmente associada a mecanismos que facilitam a partilha da experiência emocional. A sua natural propensão para criar laços empáticos com o Outro espelha comportamentos altruístas aprimorados (de Waal, 2012). Ser capaz de empatizar é uma característica fundamental nos relacionamentos interpessoais estabelecidos, constituindo a base para o raciocínio moral e interações sociais (Decety & Moriguchi, 2007).

Embora exista uma extensa literatura em psicologia comportamental e filosofia (Batson 2009; Eisenberg & Fabes 1990), a empatia não encerra uma definição universalmente aceite, permanecendo controversas as diversas características que subsume (Batson 2009; de Vignemont & Singer 2006).

Ao longo das décadas de pesquisa foram propostas várias definições da empatia, destacando-se duas características dominantes, consistentes nas várias definições: (1) resposta afetiva ao Outro que depreende, frequentemente, compartilhar o seu estado emocional e (2) capacidade cognitiva de adotar o ponto de vista do Outro, entendendo o *Self* e o Outro como distintos (e.g., Decety & Jackson, 2004). Isto é, a empatia surge quando a ideação ou observação de emoções no Outro provoca no observante estados emocionais partilhados (comuns) (de Vignemont & Singer, 2006; Singer & Lamm, 2009).

Ser capaz de empatizar é um fenómeno multifacetado, que envolve a estreita interação entre vários componentes. Conforme Jean Decety & Yoshiya Moriguchi (2007), existem quatro componentes principais que interagem para que ocorra empatia: (1) partilha afetiva entre si e o Outro; (2) autoconsciência; (3) flexibilidade mental; e (4) processos regulatórios que modulam os sentimentos específicos que estão associados às emoções.

Assim, torna-se claro o facto de a empatia traduzir um fenómeno complexo e multifacetado, onde a informação sobre os sentimentos e pensamentos do Outro resulta da conjugação de diversos fatores, como a observação, o conhecimento, o raciocínio e a memória (Ickes, 1997). Trata-se, portanto, de um fenómeno onde operam simultaneamente os processos cognitivos e os emocionais (Bernhardt & Singer, 2012).

Nesse sentido, e de acordo com Fanny D'Ambrosio e colaboradores (2009), a empatia pode ser dividida em duas dimensões - afetiva e cognitiva. A empatia afetiva

refere-se à capacidade de exibir uma resposta emocional adequada ao Outro; a empatia cognitiva refere-se ao entendimento do estado mental do Outro (Lawrence et al., 2004). Logicamente as duas dimensões da empatia influenciam-se mutuamente.

Ainda que partilhem aspetos aparentemente comuns, importa, por fim, referir que a empatia se distingue dos fenómenos básicos de partilha, como o mimetismo (propensão para sincronizar as posturas, movimentos, expressões afetivas e vocalizações com o Outro) e contágio emocional (propensão para adotar automaticamente o estado emocional do Outro), que não exigem uma clarificação sobre se a experiência afetiva tem origem no observador ou se foi incitada por outra pessoa (Bernhardt & Singer, 2012).

A empatia distingue-se, igualmente, da compaixão, simpatia e preocupação empática, uma vez que, estas envolvem uma preocupação com o sofrimento do Outro, não envolvendo forçosamente a partilha afetiva (Bernhardt & Singer, 2012).

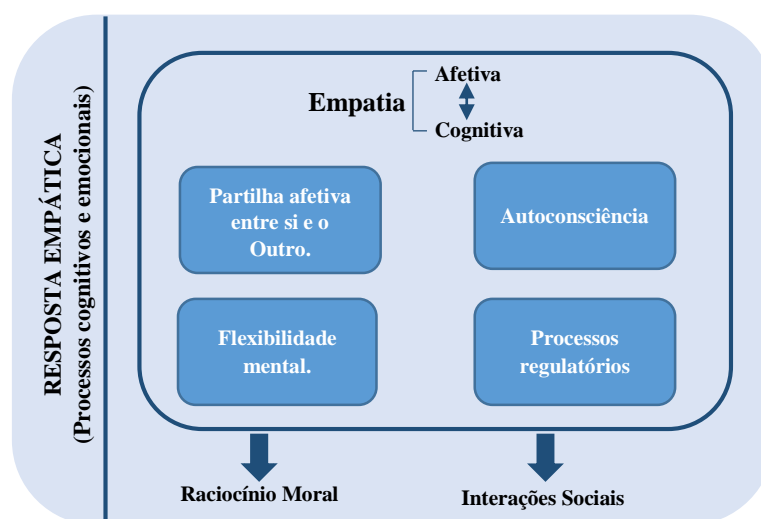


Figura 3- Figura Síntese: Resposta Empática.

### 1.6.1. Neurobiologia da empatia

A capacidade de mimetizar o comportamento do Outro foi sugerida como um dos principais constituintes do comportamento empático (Palagi et al., 2009), (e.g., imitação dos bebés de movimentos corporais dos adultos; Kugiumutzakis, 1998). Trata-se de um fenómeno automático e não consciente, baseado em sistemas cerebrais que coadjuvam a



ativação de representações motoras partilhadas, instigando o desenvolvimento de um vínculo emocional e ligação entre sujeitos (Palagi et al., 2009).

Os neurónios espelho (classe de nerónios do córtex parietal e pré-motor) aparentam coordenar esta tendência para mimetizar o comportamento do Outro (Ferrari et al., 2003; Fogassi et al., 2005). A investigação nesta área tem defendido a possibilidade de se encontrarem na base neural dos processos automáticos de regulação emocional e no desenvolvimento da empatia.

De acordo com Piet Ferrari, 2014, a presença desta classe de neurónios permite, traduzir e mapear as ações/emoções do Outro na representação subjetiva dessa ação/emoção.

Particularmente, o Córtex Cingulado Dorsal-Anterior / Córtex Anterior-Médiocingulado (dACC / aMCC) e a Insula Anterior (AI) desempenham uma incumbência fundamental na resposta empática. Os padrões de conexão estrutural destas estruturas (dACC/aMCC e AI), juntamente com a sua vulgar ativação em diversas situações, apontam a possibilidade das mesmas agregarem informações de uma variedade de domínios diferentes, de modo a possibilitar a eleição versátil de respostas ajustadas e adaptativas. Vulgarmente estas estruturas contribuem para a génese de experiências subjetivas e respostas adaptativas a estados factuais/atuais e previstos em si (subjetivos) e no Outro (Bernhardt & Singer, 2012).

Embora a ativação relativamente consistente das regiões ACC / MCC e AI na empatia sugira o seu papel importante na partilha de emoções, não significa que as mesmas traduzam regiões de empatia *per si*. Devem, portanto, ser entendidas como participativas em inúmeros processos cognitivos, motivacionais, afetivos e sensoriais (Bernhardt & Singer, 2012).

De acordo com o modelo influencial de Craig (2002, 2009), o córtex insular participa na incorporação e representação dos estados/informações de natureza interna e emocional. Isto é, a insula é entendida como um mecanismo que mapeia as mudanças nos níveis de excitação ou respostas fisiológicas, do tipo top-down (Critchley, 2005). É ativada num vasto número de contextos que envolvem experiências do *Self* ou do Outro (Decety & Lamm, 2006), detendo um importante papel integrativo no afeto, sensação e cognição (Bernhardt & Singer, 2012).

Paralelamente, o córtex cingulado anterior, de acordo com o modelo influencial de Craig, traduz a motivação e ação/resposta correspondentes/apropriadas (Craig, 2002,

2009). Tem sido reconhecido o seu papel primordial no controlo cognitivo, emocional e motor (Paus, 2001).

### **1.6.2. Fatores modeladores**

As diferenças individuais no modo de operar dos neurónios espelho têm sido apontadas como mediadoras da capacidade interpessoal e do comportamento empático (Pfeifer et al., 2008).

Também as respostas da AI e consecutivos comportamentos manifestos podem ser influenciadas por diversos fatores, como contextos situacionais e traços individuais (Bernhardt & Singer, 2012).

No que concerne ao papel dos contextos situacionais e de modo a avaliar o seu impacto na modelação da empatia, Grit Hein e colaboradores (2010) exploram a atividade cerebral durante o testemunho de dor no Outro. As suas análises apontaram indicadores de uma relação entre o comportamento de justiça e o grau de partilha afetiva. Propuseram que, quando um sujeito testemunha o sofrimento de uma pessoa que considera injusta, manifesta um aumento da ativação do Núcleo Accumbens (NAcc), correlacionado com o desejo de vingança, podendo refletir uma incitação antagónica à empatia. Possivelmente, o modo como a pessoa em sofrimento é avaliada socialmente modula o equilíbrio dos dois sistemas, incitando atitudes de compadecimento ou atos egoístas. Assim, sempre que a ativação no NAcc é elevada, a ativação da AI é reduzida. Este padrão de ativação pode associar-se ao não envolvimento no comportamento pró-social.

Concernentemente aos fatores individuais, diversos estudos evidenciaram a possibilidade de a resposta empática ser afetada pela alexitimia. Giorgia Silani e associados (2008), por exemplo, demonstraram que quanto mais significativa a dificuldade do indivíduo em compreender as próprias emoções, menor a ativação da AI. Evidenciaram, igualmente, que as representações na AI mediam as representações dos estados emocionais internos, que constituem o alicerce para a compreensão das emoções do Outro. Nesse sentido, perceber os sentimentos subjetivos revela-se uma condição prévia imprescindível para entender as emoções do Outro (Bernhardt & Singer, 2012).

Embora menos consistentemente, existem evidências de que fatores como tomada de perspectiva (Cheng et al., 2010), atenção (Gu & Han, 2007) e oxitocina (Riem et al., 2011), modulam a resposta empática.

Também o gênero tem sido sugerido como um potencial modelador dos níveis de empatia. Pelo que, estudos sobre diferenças de gênero na resposta empática apontaram que o gênero feminino apresenta capacidades empáticas mais satisfatórias comparativamente ao gênero masculino, que apresenta um maior uso de estratégias cognitivas, recrutando mais a teoria da mente (Schulte-Ruther et al., 2008).

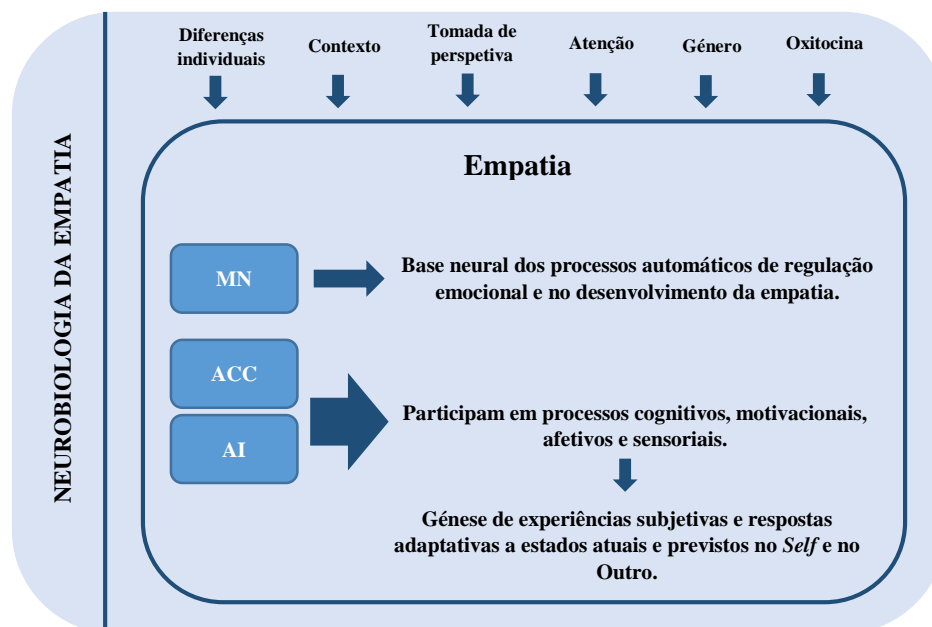


Figura 4- Figura Síntese: Neurobiologia da Empatia.

## **Pontos Sumários**

1. As capacidades de regulação emocional são fundamentais para o funcionamento adaptativo e para o desenvolvimento psicoafetivo saudável. Sendo que, o prejuízo dessas capacidades (desregulação emocional) colabora significativamente para a emergência de psicopatologia;
2. A literatura mostra-se consensual na admissão de que os estilos de vinculação do adulto são fortemente determinados pelos modelos internos dinâmicos de funcionamento precocemente desenvolvidos na relação afetiva com os cuidadores primordiais;
3. Esses modelos fundem estruturas relativamente estáveis ao longo do desenvolvimento, embora sejam moderadamente atualizados em função das relações de vinculação e interações sociais estabelecidas no decorrer da vida;
4. A empatia é um elemento fundamental da experiência emocional humana e da interação social. A capacidade de compartilhar os estados afetivos do Outro, permite entender e prever as suas motivações, sentimentos e ações;
5. Ao longo dos anos, vários pesquisadores têm procurado dissecar os elementos principais da empatia e compreender os seus mecanismos básicos relativamente aos processos cognitivos e bases neurais;
6. Entre outras, as regiões AI e ACC parecem estar altamente implicadas no desenvolvimento da empatia.

## **CAPÍTULO 2: (DES)REGULAÇÃO DO AFETO E ALEXITIMIA**

### **2.1. O constructo da alexitimia: background histórico e concepções contemporâneas**

O constructo da alexitimia evoluiu a partir de observações clínicas de pacientes que sofreram uma ou mais doenças psicossomáticas clássicas, nas quais se registava um paralelo entre a disfunção fisiológica presente na perturbação somática e um grau importante e evidente de rigidez cognitivo-afetiva, ou seja, uma ausência de palavras para as emoções.

A sua conceitualização tem-se movido de um entendimento psicodinâmico tradicional para uma visão abrangente que engloba as dimensões psicossocial, neurobiológica e cognitiva.

No final da década de 40, Ruesch relatou disfunções da expressão verbal e simbólica no seio dos seus pacientes com perturbações psicossomáticas e pós-traumáticas, outorgando essas disfunções à perpetuidade de uma personalidade infantil ou imatura na adultícia. Retratou os seus pacientes como inábeis de utilizar os afetos como sinais, com um imoderado nível de conformidade social, destituídos de capacidade imaginativa e que recorrem diretamente ao corpo ou à ação física para expressar as suas emoções (Ruesch, 1948).

No início da década de 50, Horney e Kelman observaram traços semelhantes em determinados pacientes psiquiátricos que, por escassez de experiências internas, concretude do pensamento, ínfimo interesse nos sonhos, défice de consciência emocional e um modo de vida exteriorizado, respondiam insatisfatoriamente ao tratamento psicanalítico (Kelman, 1952); [Horney (1952, citado por Taylor et al., 1997)].

Em 1963, Pierre Marty e Michel de M'Uzan identificaram em pacientes fisicamente doentes, uma escassez significativa de fantasia e um modo de pensamento utilitário. Caracterizaram este estilo cognitivo como “*pensée opératoire*”, de modo a descrever o estilo de vivência externamente orientado (externalizado).

O interesse por estas perturbações da regulação emocional, tão difundido atualmente, foi pouco valorizado até aos anos 70. Embora tenham sido feitas referências

ao conceito de alexitimia no final dos anos 40, somente no início da década de 70 estas observações iniciais foram prezadas (Taylor et al., 1997).

Peter Sifneos e John Nemiah marcaram o verdadeiro ponto de viragem na investigação da alexitimia. Nas suas análises sistemáticas do estilo afetivo e cognitivo de pacientes com doenças psicossomáticas clássicas, Sifneos em 1967 e mais tarde Nemiah e Sifneos em 1970 (citados por Taylor et al., 1997), identificaram que a generalidade dos pacientes apresentava um estilo comunicativo tipificado pela preocupação com pormenores meticolosos de acontecimentos externos, uma carência ou inexistência de fantasias e uma significativa dificuldade em caracterizar sentimentos subjetivos.

Em 1973, Sifneos formulou o termo “alexitimia” (do grego: *a* «falta»; *lexis* «palavra»; *thymos* «emoção») como constructo clarificador de perspetivas concetuais que vários autores foram atribuindo a um funcionamento psicológico em que predominava a ausência de palavras para os afetos.

No final da década de 90 a pesquisa realçou o constructo como um défice particular na regulação emocional e processamento cognitivo, assinalado por dificuldades em identificar e descrever sentimentos e por um pensamento externamente orientado. Nesse sentido, as perturbações com as quais a alexitimia aparenta estar associada podem ser concetualizadas como perturbações da regulação emocional (Taylor, 1994).

Os contributos iniciais foram determinantes para o desenvolvimento de uma alargada construção teórica do conceito de alexitimia, onde nas formulações e entendimento contemporâneo, se destacam os trabalhos de Taylor, Parker e Bagby (e.g., Taylor et al., 1997; Taylor & Bagby, 2004), pese embora, as suas concetualizações sejam fundamentalmente baseadas na esfera cognitiva da alexitimia. Relatos clínicos e pesquisas adicionais têm-se baseado nos estudos de Bermond e colaboradores (2006). Em 1999, Bob Bermond e associados salientaram que o constructo da alexitimia subsuma dois fatores proeminentes da experiência emocional: dimensão afetiva e dimensão cognitiva, com os seus correlatos desenvolvimentais e neurobiológicos; providenciando diferentes tipos de alexitimia que distinguem diferentes tipos de personalidade (Moormann et al., 2008) e diferentes características neuroanatómicas (Goerlich-Dobre et al., 2015), e que podem estar associadas diferencialmente à psicopatologia (Bermond et al., 2007).

O facto de as características alexitímicas terem sido primeiramente registadas e descritas em pacientes psicossomáticos, ergueu o entendimento falacioso de uma associação entre a alexitimia e as doenças psicossomáticas (Taylor, 1987). Contudo, veio-se mais tarde a perceber (final da década de 90) que a alexitimia não é um fenómeno genérico nem exclusivo das doenças psicossomáticas (Nemiah, 1982), sendo atualmente aceite como um défice afetivo distinto (Zackheim, 2007).

De modo geral, o constructo da alexitimia é multifacetado, representando um défice no processamento cognitivo da informação emocional e na regulação dos afetos (Taylor et al., 1997) que patenteia um núcleo de quatro características protuberantes: (1) dificuldade em reconhecer sentimentos e em distingui-los de sensações corporais (resultantes do estímulo emocional); (2) dificuldade em identificar e descrever sentimentos ao Outro; (3) circunscrita capacidade imaginativa- défice de fantasia; e (4) um estilo cognitivo externalizado (Taylor, Bagby & Parker, 1991). Apesar de existir uma distinção conceitual das características que a patenteiam, elas estão interrelacionadas (e.g., a capacidade de reconhecer sentimentos subjetivos medeia a capacidade de identificar e descrever sentimentos do Outro) (Taylor et al., 1997).

As observações clínicas iniciais, possibilitaram associar ao constructo da alexitimia várias características adicionais: escassez de expressões emocionais faciais, figura rígida, propensão para a conformidade social, recordação infrequente dos sonhos, tendência para usar a ação e os canais corporais para expressar emoções (Ruesch, 1948; Sifneos, Apfel-Savitz & Frankel, 1977). Ainda que associadas à alexitimia, tais características não constituem o núcleo teórico do constructo. Importa referir que no contexto do sonho, é a qualidade dos sonhos, em oposição à capacidade de recordá-los, que melhor caracteriza a alexitimia (Taylor et al., 1997).

Apesar de na clássica definição de alexitimia sobressaírem sobretudo as dificuldades no processamento das próprias emoções, existem várias dificuldades sociocognitivas que se associam a este constructo (Grynberg, Berthoz & Bird, 2018). Particularmente, fraca regulação emocional (Pandey et al., 2011), défices empáticos (Grynberg, et al., 2010), dificuldades em reconhecer as emoções do Outro (Brewer et al., 2015) e aumento da somatização (Mattila et al., 2008). Porém, tais dificuldades *per si* e em si não representam marcadores definitivos da alexitimia (Hobson et al., 2019).

## **2.2. Alexitimia: estilo defensivo ou déficit na regulação afetiva?**

Várias formulações psicodinâmicas conceitualizaram a alexitimia como um modo defensivo contra determinados estímulos. Contudo ao longo dos últimos anos a pesquisa tem vindo a diferenciá-la dos mecanismos de defesa.

As defesas psicológicas permitem neutralizar as repercussões negativas dos estados emocionais, possibilitando que o indivíduo “reduza a dissonância cognitiva e minimize as mudanças repentinas nos ambientes internos e externos alterando o modo como esses eventos são percebidos” (Vaillant, 1994, p.44).

Entre outros, os trabalhos de Anna Freud (1936) e Bond (1992) apontaram uma hierarquia desenvolvimental de mecanismos de *coping* e defesa. Tais mecanismos podem ser maduros (e.g., sublimação, supressão, altruísmo e humor) ou imaturos (e.g., projeção, negação e distorção). Nesse sentido, o aumento de defesas maduras associa-se ao aumento de processos cognitivos complexos e, conseqüentemente, a melhores índices de saúde mental (Blanchard-Fields, Mienaltowski & Seay, 2007). O recurso a defesas imaturas associa-se a estratégias de *coping* desadaptativas, incluindo evitação, negação, dissociação e somatização (Diehl et al., 2014).

Considerando as características clínicas da alexitimia, não é surpreendente que tenha sido encontrada uma relação significativa entre a alexitimia e estilos defensivos imaturos ou pouco adaptativos (Shibata et al., 2014) e uma relação negativa com as defesas maduras (Taylor et al., 1997).

Ainda que os estudos iniciais sobre a alexitimia tenham mostrado uma relação desta com defesas imaturas, esta visão é muito restrita. O constructo da alexitimia fornece um modo alternativo de descrever e definir a incapacidade de determinados indivíduos em expressar as suas emoções, sendo atualmente aceite que traduz um déficit ou limitação emocional e não tanto uma defesa (Lumley et al., 2007).

## **2.3. Alexitimia, personalidade e afetos**

Tal como referido anteriormente, a alexitimia é contemporaneamente e de modo geral, considerada como um prejuízo na capacidade de reconhecer e processar emoções e utilizar estratégias regulatórias eficientes (Shishido, Gaher & Simons, 2013). Traduz,



especificamente, um déficit na avaliação do conteúdo de estímulos emocionais - dificuldades em transformar e codificar a informação emocional verbal (palavras relacionadas com emoções) e não-verbal (identificação de expressões faciais) (Taylor et al., 1997). É igualmente entendida como, pelo menos em parte, uma consequência do prejuízo na capacidade de compreender e reconhecer estados internos corporais (Murphy et al., 2018), encontrando-se associada ao aumento da somatização e sintomas médicos inexplicáveis (Mattila et al., 2008).

A nível neurofisiológico é, portanto, pensada como uma fenda na relação entre a excitação emocional e a produção e expressão emocional. Ou seja, ocorre excitação do Sistema Nervoso Autónomo e Endócrino congruente com a resposta emocional ao acontecimento, porém, não ocorre a sua transformação em resposta emocional (Sifneos, Apfel-Savitz & Frankel, 1977). Embora essa excitação emocional seja, comumente, dissipada pela avaliação consciente e verbalização (estratégias de *coping* oportunas) (Shipko, 1982), o sujeito alexitímico não é hábil de o fazer, incrementado os níveis de tensão (manifesta através da somatização) (Morrison & Pihl, 1990).

Estima-se que a sua taxa de incidência seja aproximadamente 10% na população geral (Kano & Fukudo, 2013), sendo que a sua taxa de incidência aumenta drasticamente no seio da população clínica, onde surge numa percentagem aproximada de 40% a 67% (Lyvers et al., 2014a).

Um vasto corpo da literatura tem-na associado à população clínica, especificamente a diversas perturbações psicossomáticas e psiquiátricas. Porém subsistem algumas dúvidas quanto à natureza da relação da alexitimia com a doença. É ainda questionável entre alguns investigadores o facto de a alexitimia representar um fator de risco para a doença ou representar simplesmente uma reação que a segue (Mikolajczak & Luminet, 2006).

Determinados investigadores têm-na definido como um aspeto clínico associado a determinadas patologias ou psicopatologias (e.g., Anorexia Nervosa ou Perturbação de *Stress* Pós-Traumático) e não uma doença diagnosticável (Sengupta & Giri, 2009), contudo outros defendem a existência de evidências que possibilitam considerá-la como uma condição independente, isto é, como um prejuízo afetivo-cognitivo (Sifneos, 2000).

Estas dúvidas ergueram a questão da estabilidade da alexitimia, relativamente ao facto de traduzir um traço da personalidade estável relacionado com a regulação emocional ou se é um fenómeno dependente do estado.

Importa neste ponto, fazer um breve parêntese sobre a distinção dos subtipos de alexitimia. A literatura registou durante várias décadas uma distinção entre alexitimia primária e alexitimia secundária. De acordo com Messina e colaboradores (2014) a alexitimia primária representa um défice desenvolvimental precocemente determinado (e.g., défices vinculativos pela incapacidade da mãe/cuidador em assegurar o suporte emocional necessário à criança, ou trauma psicológico; Sifneos, 1994), e a alexitimia secundária como uma defesa contra episódios/situações emocionalmente extremas ou traumáticas (Freyberger, 1977; Fukunishi, Saito & Ozaki, 1992).

Em 2006, 2007 Bermond e colaboradores distinguiram quatro tipos de alexitimia e perfis de personalidade associados (Fig.5). Porém, Michael Bagby e associados (2009) e James Parker e colaboradores (2008) não suportaram esta visão. Defendiam que o constructo da alexitimia é multidimensional e que não pode ser dividido em tipos. Ademais, determinados autores não conferem à alexitimia secundária o mesmo status da alexitimia primária/clássica, à qual se referem como regressão ou defesa alexitimóide (Mattila, 2009).

Ainda que a literatura distinga os termos alexitimia primária e alexitimia secundária, tais denominações encontram-se atualmente pouco validadas pela investigação e literatura mais atual.

Contemporaneamente a alexitimia é, portanto, entendida essencialmente como um défice desenvolvimental, o que possibilita conceituá-la como um traço de personalidade relativamente estável, e não tanto um estado estreitamente relacionado a afetos negativos, (Grabe et al, 2001; Taylor et al., 1997), e por isso primária. Esta perspetiva é relativamente consensual entre diversos investigadores (e.g., De Gucht, 2003; Honkalampi et al., 2004; Luminet, Bagby & Taylor, 2001).

Kirsi Honkalampi e colaboradores (2004), por exemplo, apoiam a hipótese da alexitimia enquanto traço, explicada enquanto resultado de um desenvolvimento psicológico comprometido por vivências perturbadoras precoces. Na sua perspetiva a alexitimia enquanto estado traduziria uma modalidade de funcionamento mais defensiva a afetos perturbantes e/ou uma exteriorização de um funcionamento reativo retrocedente

a estádios precoces de desenvolvimento psicológico, em que prepondera a indiferenciação das emoções.

Porém, atendendo à complexidade do fenómeno, alguns investigadores consideram ser mais benéfico conceituar a alexitimia como uma manifestação complexa que aglutina justamente dimensões de estado e de traço, ao invés de considerá-la como uma entidade dicotómica. A sua manifestação varia entre indivíduos, sendo que, determinados sujeitos manifestam, sob determinadas condições, uma alexitimia dependente do estado, enquanto determinados sujeitos apresentam um traço mais vigoroso de alexitimia (Lumley et al., 2007).

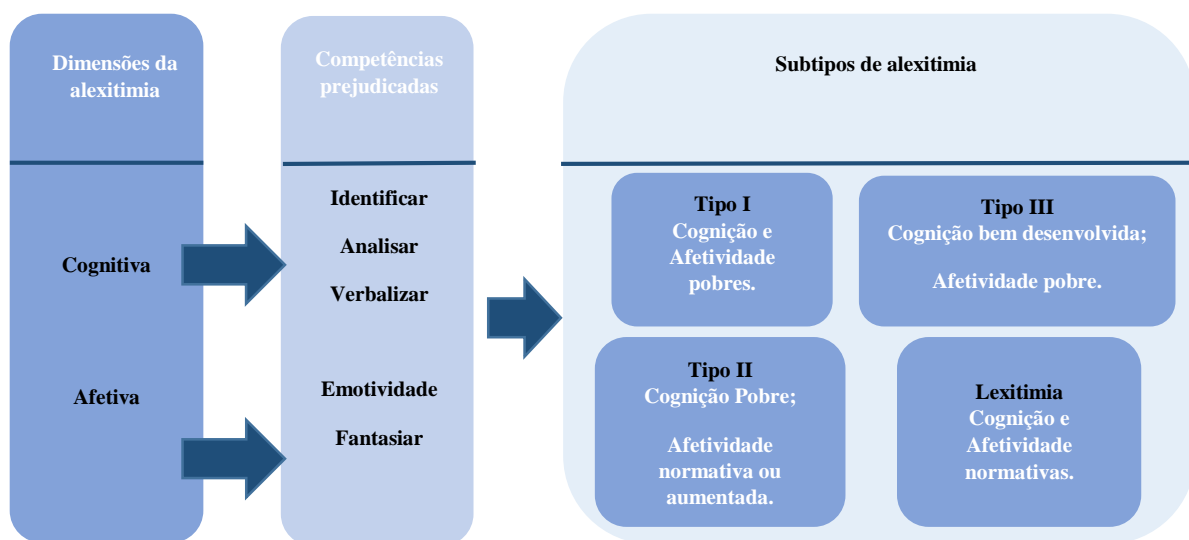


Figura 5- Visão esquemática dos subtipos de alexitimia, com base nas dimensões cognitiva e afetiva da alexitimia propostas por Bermond e colaboradores em 2006/2007. Adaptado de Goerlich-Dobre et al., 2015.

## 2.4. Padrão comunicativo e relações interpessoais

A cultura em que nos inserimos apoia a expressão de sentimentos subjetivos como meio de comunicação nas relações sociais, onde os sinais emocionais transmitidos pela linguagem verbal e não-verbal são decodificados de acordo com o universo simbólico-emocional do recetor.

A linguagem constitui o tónus de uma relação, desempenhando uma importante função na regulação emocional [Spitzer et al. (2005, citado por Freire, 2010)].

Contudo, o indivíduo alexitímico possui um padrão de pensamento peculiar-pensamento operatório (Marty & M'Uzan, 1963), descrevendo a experiência subjetiva dos fenómenos com recurso a detalhes minuciosos do dia-a-dia ou através da narrativa da dor (sintomatologia corporal), destituído de linguagem emocional complexa (Lumley et al., 2007). A investigação neste domínio tem sugerido que estas descrições indiferenciadas e limitadas da experiência emocional traduzam uma representação precisa da sua realidade interna (Lane et al., 1996).

No domínio afetivo a essência das manifestações emocionais é fundamentalmente somática e as emoções hipossimbolizadas, vagas e inespecíficas (Prazeres, 2000). Paradoxalmente ao facto de não exprimir os seus afetos, pode manifestar, em determinadas circunstâncias, explosões de afetos negativos (e.g., frustração, raiva, aborrecimento e choro) não sendo, no entanto, hábil de descrever o que sente (Sifneos, 1988). Vulgarmente, associa as causas das suas emoções negativas com fatores externos, ao invés de fatores internos (e.g., as suas interpretações interpessoais) (Teixeira, 2017; Teixeira & Pereira, 2015).

Não obstante os problemas individuais implicados, a alexitimia também acarreta problemas interpessoais (Berger et al., 2014), pelo que estes défices na comunicação emocional podem afetar a relação com o Outro (Moormann et al., 2008; Eid & Boucher, 2012; Frye-Cox & Hesse, 2013).

No domínio relacional, sobressai o estilo operatório, onde as relações são, tendencialmente, superficiais, ausentes da dimensão afetiva, pragmáticas e utilitaristas (Prazeres, 2000). Tende a estabelecer relações extremamente dependentes. No entanto, as suas relações são altamente instáveis, optando, por vezes, por permanecer sozinho e evitar o Outro (Krystal, 1988; Taylor, 1987). Tais observações propõem a existência durante a infância de padrões de vinculação insegura-evitativa e insegura-ambivalente, e a sua subsistência até à idade adulta (Taylor et al., 1997).

Manifestamente, as dificuldades na comunicação verbal e não-verbal medeiam a capacidade do sujeito alexitímico em assegurar o suporte social necessário (Carpenter & Addis 2000; Lumley, Stettner & Wehmer, 1996; Taylor et al., 1997). Tal inferência é congruente com o facto de a alexitimia se associar a fracas redes sociais (Lumley, Stettner

& Wehmer, 1996) e a fracas capacidades socio-afetivas (dificuldades em interagir com o seu ambiente social) (Vanheule et al., 2007).

De modo aparente, parece ser bem adaptado, exibindo um elevado grau de conformidade social. Contudo, trata-se de uma falsa normalidade, uma vez que, tem pouco contacto com a vida emocional subjetiva (Prazeres, 2000).

A marcada falta de consciência da vida emocional e a circunscrita vida psíquica interna conduz a um funcionamento de modo semelhante a um robô e a uma vivência clástica (Sengupta & Giri, 2009). Isto é, possui um analfabetismo emocional, que reflete exteriormente uma afiguração rígida, uma expressividade facial intemporal e uma capacidade gestual pobre. Caraterísticas que, quando acopladas com o tendencial discurso desnudado de caráter emocional, torna estes indivíduos fastidiosos no processo relacional (Weinryb et al., 1992).

O sujeito alexitímico por apresentar dificuldades em identificar e descrever as emoções subjetivas, como classicamente definido (Herbert et al., 2011), manifesta dificuldades em reconhecer as emoções do Outro (Lee et al., 2011). São várias as pesquisas que têm asseverado a perspetiva da alexitimia aparentar associar-se a um défice significativo na capacidade de empatizar (e.g., Decety & Moriguchi, 2007; Silani et al., 2008; Grynberg et al., 2010). Nesse sentido, nas relações interpessoais manifesta competências empáticas prejudicadas. As interações são caraterizadas pela escassa empatia, indiferença, distância e frieza para com o Outro (Vanheule et al., 2007). Sendo que, a inabilidade de empatizar pode motivar relações interpessoais tensas e uma disposição para o isolamento social (Lane et al., 1996), elevando o risco de sintomas de ansiedade e depressão (Franz et al., 2004).

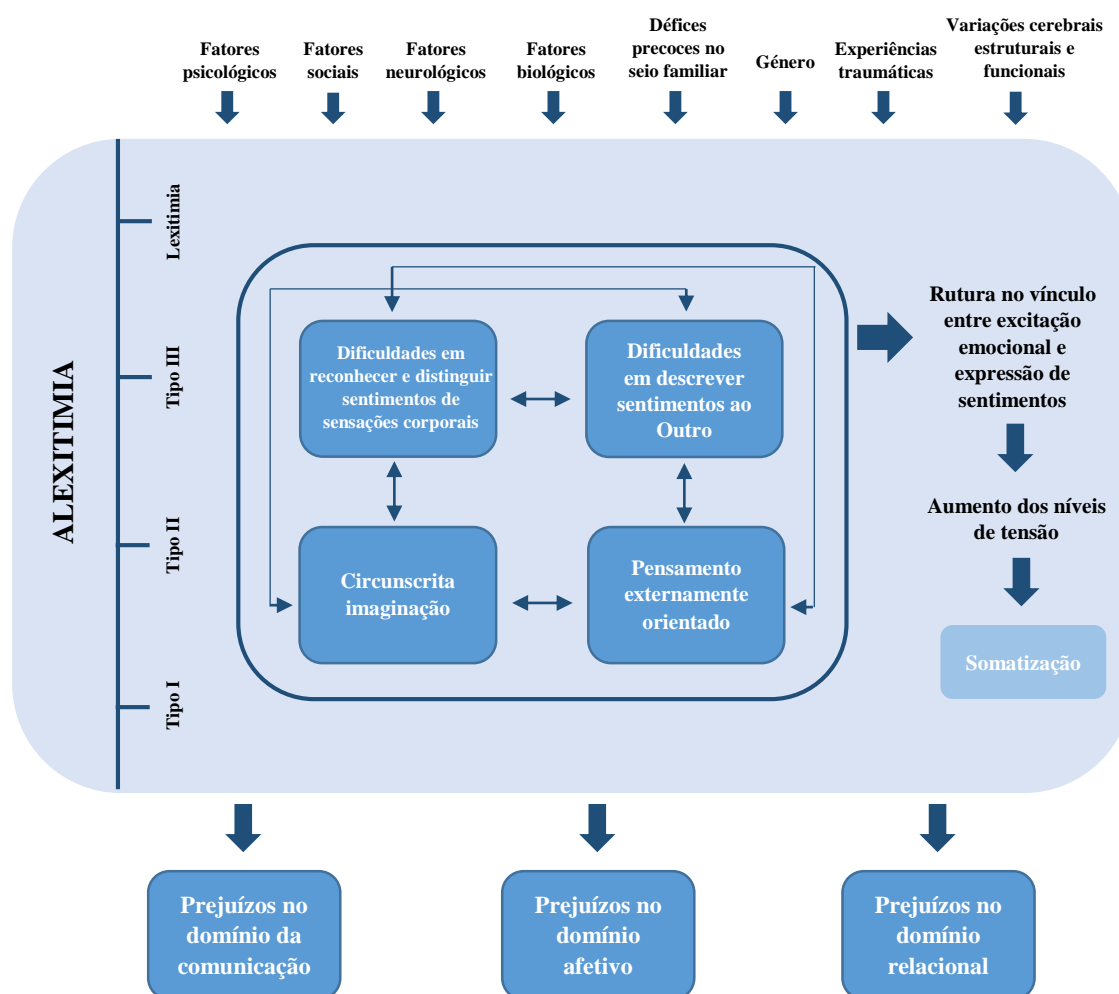


Figura 6- Figura Síntese: Alexitimia.

## 2.5. Relação da alexitimia com outros constructos psicológicos

Vários constructos psicológicos, aparentemente semelhantes com a alexitimia, podem ser confundidos com esta. Contudo, alguns deles representam competências ou capacidades emocionais e não défices ou limitações como a alexitimia.

O conceito de regulação emocional, como já referido, é um dos constructos frequentemente associados à alexitimia. É um constructo mais vasto que esta, referindo-se a um amplo conjunto de processos que compreendem a monitorização e controlo emocional, acesso e expressão emocional e consciência emocional (Dahl, 2003).

Analogamente, a literatura destaca extensamente o conceito de inteligência emocional como relacionado em certo modo com a alexitimia. A inteligência emocional é um constructo mais amplo que a alexitimia, compreendendo o entendimento das emoções, gestão emocional, percepção das emoções no Outro e utilização das emoções de modo a orientar o pensamento. (Mayer et al., 2001). Sendo que, têm sido registadas relações inversamente significativas entre alexitimia e inteligência emocional (Lumley et al., 2005).

Diversos conceitos como a supressão emocional, inibição, repressão ou negação podem também ser confundidos com a alexitimia. Tal como a alexitimia implicam uma reduzida expressão e *insight* emocional. Todavia, tais conceitos traduzem mecanismos defensivos (conscientes, pré-conscientes ou não conscientes) que diminuem a expressão ou experiência emocional, tendo a investigação vindo a demonstrar que a alexitimia parece corresponder mais a um défice ou incapacidade e não tanto a um mecanismo de defesa (Lumley et al., 2007).

O constructo da alexitimia tem sido igualmente sobreposto com a baixa mentalização psicológica (Shill & Lumley, 2002), ainda que esta focalize menos a emoção do que a alexitimia (Lumley et al., 2007).

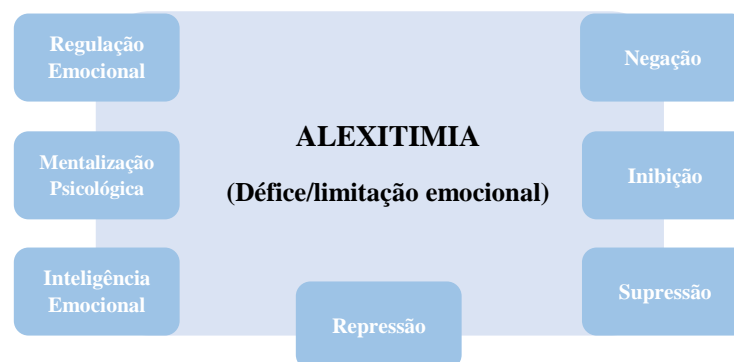


Figura 7- Figura Síntese: Alexitimia e a sua Relação com Outros Constructos Psicológicos.

## **2.6. Fatores concorrentes na etiologia da alexitimia**

Pese embora a discussão da natureza dos défices da alexitimia na capacidade de gerar, regular e expressar emoções não tenha ainda terminado (Lane et al., 2015), são apontados diversos fatores que podem concorrer para a sua etiologia (e.g., psicológicos, neurofisiológicos, socioculturais, entre outros; Sifneos, 1991).

Têm sido analisados neste âmbito os défices no meio social e familiar precoce e variações hereditárias na organização cerebral, contudo nenhum modelo aparenta ser suficientemente explicativo. Na generalidade, a investigação tem considerado a alexitimia como o resultado de um processo multifacetado, complexo na sua determinação, que combina fatores de natureza psicológica, social, neurológica e biológica.

Embora sejam considerados vários fatores na etiologia da alexitimia, vários teóricos têm enquadrado a alexitimia como a consequência de défices precoces no desenvolvimento da expressão afetiva, associando-os a experiências inseguras ou desorganizadas de vinculação (e.g., Lemche et al., 2004). A experiência de partilha afetiva com o cuidador primário facilita o desenvolvimento dos afetos e das capacidades de regulação afetiva no início da vida (designadamente capacidades cognitivas, linguísticas e fisiológicas). Quando a criança é sujeita, reiteradamente, a respostas inconsistentes devidas aos desajustes dos pais ou perante um cuidador primário emocionalmente indisponível (vinculação insegura) manifestará défices consideráveis no desenvolvimento e regulação dos estados internos através dos seus recursos emocionais e cognitivos (Lemche et al., 2004).

De acordo com Paul Frewen e colaboradores (2008), abuso sexual, combate e vivências de guerra concorrem, igualmente, para o surgimento de elevados níveis de alexitimia. Particularmente, as experiências traumáticas decorridas na infância podem conduzir posteriormente ao desenvolvimento desta patologia (Moormann et al., 2012a; Messina et al., 2014), contribuindo para o desenvolvimento de condutas mal adaptativas e de problemas psicológicos na adultícia (Moormann, Albach & Bermond, 2012b). Foi sugerida a possibilidade destas experiências traumáticas (em fases posteriores da infância) ou vivências traumáticas consideráveis durante a adolescência ou adultícia oprimirem o ego e motivarem um retrocesso no funcionamento afetivo, invocando alterações perduráveis na excitabilidade neuronal (Krystal, 1988).



A alexitimia tem sido também, desde há muitos anos, associada a variações a nível estrutural e funcional em determinadas áreas cerebrais (Zou et al, 2016).

Por fim, estudos recentes têm mostrado diferenças de género na alexitimia, sendo que o género masculino tende a manifestar níveis mais elevados de alexitimia. Também têm sido propostas associações positivas entre baixos níveis de educação, idade avançada (Yekta, Besharat & Roknoldin, 2011), fracas perceções de saúde, sintomas somáticos (Mattila, 2009) e alexitimia.

### **2.6.1. Papel do *stress*, ansiedade e depressão na díade alexitimia-empatia**

O *stress* faz parte do normal quotidiano do Ser Humano. Contudo a experiência de níveis elevados de *stress* e a escassez de capacidades regulatórias eficientes pode ser disruptiva e afetar drasticamente a vida dos indivíduos.

São várias as linhas de investigação que têm asseverado o aumento desta problemática ao longo dos anos em todo o mundo, bem como a sua influência drástica na vida de milhões de pessoas, especialmente devida às preocupações financeiras, às circunstâncias da vida pessoal, familiar, profissional e académica e às exigências e expectativas sociais.

De acordo com estudos realizados pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, referentes ao ano de 2015, cerca de 22,5 % da população com idade entre os 25 e os 74 anos, residente em Portugal, apresentou *distress* psicológico (Santos et al., 2017). O *distress* psicológico traduz níveis de *stress* excessivo que incitam o sofrimento emocional, caracterizado por sintomas de ansiedade e depressão, e usualmente associado a sintomas somáticos (Drapeau, Marchand & Beaulieu-Prévost, 2012).

No seio da comunidade académica do ensino superior a taxa de prevalência de *distress* psicológico assumiu no ano de 2015 a proporção preocupante de 49 % (Santos et al., 2017).

A comunidade de estudantes universitários encontra-se particularmente mais vulnerável a vivências de *stress*, por estar sujeita a um elevado número de fatores que

facilitam a sua promoção (e.g., preocupações financeiras e questões académicas) (Skowron, Wester & Azen, 2004).

Nesse sentido, a literatura tem vindo a registar maiores prevalências de *stress* percebido, conjuntamente com níveis mais baixos de suporte social, em populações académicas comparativamente à população geral (Heinen, Bullinger & Kocalevent, 2017). Especificamente, estudos no âmbito da formação médica têm-na entendido como uma das áreas de educação e formação mais exigentes, no que concerne a competências emocionais e duração da formação (Moffat et al., 2004). Sendo essa exigência, fundamentalmente mais evidente, durante os anos de formação pré-clínica (Dahlin, Joneborg & Runeson, 2005). De acordo com Chew, Zain e Hassan (2013), o primeiro e último ano do curso de medicina, comparativamente aos anos intermédios, são considerados os anos mais exigentes a nível emocional.

Conforme Ishak e colaboradores (2009) e Santen e associados (2010), o *stress* percebido relaciona-se com níveis mais elevados de síndrome de *burnout*. Estima-se que aproximadamente 15% a 45% dos estudantes de medicina sofram deste problema (de Cavalcante Almeida et al., 2016). O *burnout* profissional traduz uma resposta desajustada/consequência à experiência de *stress* crónico (Salvagioni et al., 2017), que origina uma diversidade de consequências fisiológicas e psicológicas (e.g., ansiedade e depressão). Tais consequências podem influenciar significativamente a qualidade de vida, o bem-estar e o desempenho no trabalho (Morice-Ramat, Goronflot & Guihard, 2018).

Relativamente à comunidade de estudantes de direito, tem sido igualmente demonstrado índices alarmantes e crescentes de *stress*. Ednéia Cerchiari e colaboradores, em 2005, constataram uma prevalência total consideravelmente elevada (17%) de “perturbações mentais menores” no seio dos estudantes de direito, onde se destacam, entre outras, as perturbações psicossomáticas e *stress* psíquico. Para além de influenciar consideravelmente a qualidade de vida e bem-estar físico e emocional, Ann Iijima, em 1998, salientou o impacto negativo do *stress* sobre o desempenho académico.

Diversas pesquisas têm assinalado o início frequente de fontes de sofrimento como *stress*, ansiedade e depressão no período de formação universitária. De acordo com Larcombe e colaboradores, 2013, a partir do primeiro semestre, os estudantes de direito experimentam níveis de *stress*, ansiedade e depressão significativamente mais elevados comparativamente a estudantes de outros cursos, onde entre outros, se destaca o curso de medicina.

De modo contrastante com os contextos stressantes e emocionalmente exigentes, destaca-se o constructo da resiliência. A resiliência é entendida como a capacidade de, perante uma envolvente stressante, o indivíduo ser capaz de exibir uma resposta psicofisiológica positiva (Rutter, 2013). Estudos realizados com estudantes universitários de medicina demonstraram uma correlação negativa entre a resiliência e o *burnout* (Thompson et al., 2016; Houpy et al., 2017). Atendendo à sua comum definição, tal influência negativa não será surpreendente.

São diversos os fatores que influenciam a resiliência. Especificamente o género, a alexitimia, empatia e o ano de estudo, medeiam a resiliência (Morice-Ramat, Goronflot & Guihard, 2018).

Nesse sentido, a literatura tem vindo a registar relações significativas da alexitimia, *stress* percebido e apoio social percebido com o *burnout*, e a sua potencial relação com o início e desfecho desta síndrome, por espelharem a posição do indivíduo relativamente às circunstâncias envolventes (Alarcon, Eschleman & Bowling, 2009; Yildirim, 2008; Popa-Velea et al., 2017).

Frequentemente os estudantes desenvolvem estratégias com o objetivo de reduzir o *stress* (e.g., apoio social e religioso) (Misra et al., 2000), contudo atendendo às características clínicas da alexitimia e em consequência dos seus prejuízos na capacidade de reconhecer e processar emoções e na utilização de capacidades regulatórias emocionais eficientes (Shishido et al., 2013), torna-se perceptível o facto de os indivíduos alexitímicos não serem hábeis de se envolverem nas referidas atividades e dissipar a excitação emocional (especialmente estados negativos), incrementando os níveis de tensão no organismo e, consequentemente a somatização (Morrison & Pihl, 1990).

Têm sido, igualmente, registadas associações muito consistentes entre a alexitimia com a ansiedade (Onur et al., 2013; Karukivi et al., 2010) e com a depressão (Foran & O’Leary, 2013), apontando dificuldades na autorregulação, isto é, falta de estratégias efetivas na regulação de estados negativos de humor (Lyvers et al., 2017).

Pese embora tais associações entre alexitimia e depressão, a literatura tende a considerar que, embora estas se encontrem fortemente associadas, a alexitimia não reflete a causa da depressão mas sim um fator de vulnerabilidade ou de manutenção da sintomatologia depressiva. Assim, a alexitimia e sintomatologia depressiva não são

dimensões sobrepostas. Tal como identificado em diversos estudos, partilham no máximo um terço da variância comum (Luminet, 2010).

Michael Lyvers e associados (2014b) nos seus estudos com recurso a uma amostra de estudantes universitários também identificaram as citadas associações, tendo ainda identificado associações positivas entre a alexitimia e o *stress*. São também registadas associações (moderadas a fortes) da alexitimia com défices empáticos (Grynberg, et al., 2010).

Diversos estudos têm apontado conexões entre ansiedade, depressão e empatia (e.g., Berthoz et al., 2008). Tem sido, igualmente, demonstrada uma relação do humor com o *stress* e preocupação empática. William Hampes, em 2001, inferiu que a capacidade de utilizar o humor para reduzir o *stress* aumenta a capacidade do sujeito em manifestar preocupação empática. São diversos os estudos que sugerem que a estados de humor mais positivos e empatia correspondem relacionamentos interpessoais mais saudáveis e satisfatórios (Salovey, Mayer & Caruso, 2002).

A empatia é fundamental nos relacionamentos interpessoais do Ser Humano, constituindo a base para o raciocínio moral e interações sociais. Nesse sentido, a ausência de empatia pode causar prejuízos significativos nesses domínios sendo, portanto, fundamental analisá-la na esfera da psicopatologia (Decety & Moriguchi, 2007).

Logicamente a capacidade de identificar e descrever sentimentos subjetivos incide sobre a capacidade de identificar e de se relacionar com os sentimentos do Outro (Parker, Taylor & Bagby, 1993a). Atendendo a que a alexitimia se associa a défices na capacidade de reconhecer e descrever sentimentos em si e no Outro, facilmente se percebe a sua estreita relação com défices empáticos. São diversos os estudos que corroboram esta perspetiva. Delphine Grynberg e associados (2010) nas suas pesquisas no âmbito da alexitimia forneceram evidências adicionais de uma relação entre esta e pobres capacidades empáticas.

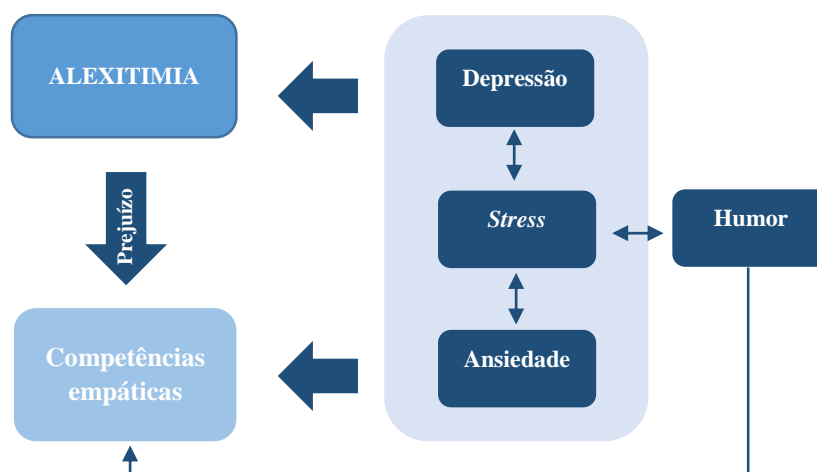


Figura 8- Figura Síntese: Díade Alexitimia-Empatia.

Ainda que a maioria das linhas de pesquisa realizadas sobre estes constructos recorra vulgarmente a estudantes universitários, e particularmente a estudantes de medicina, seria importante analisá-los noutras áreas académicas particularmente exigentes, como no curso de direito. Faria igualmente sentido estudar este tipo de constructos pelo impacto que podem ter no seu percurso académico, bem como no seu caminho profissional.

Por fim, e para nosso conhecimento, muito pouco foi estudado sobre se as associações globais entre a alexitimia e empatia são influenciadas pelo humor disposicional dos participantes. Exposto isto, revela-se importante dissecar e escrutinar cada uma das referidas variáveis e determinar qual o impacto e/ou influência detêm na sua individualidade e no seu conjunto na personalidade e conduta alexitímica e o modo como influem a díade alexitimia-comportamento empático. Ou seja, analisar em que medida os sintomas de ansiedade e depressão, humor disposicional e nível de *stress* percebido medeiam a resposta e/ou comportamento empático e os níveis de alexitimia.

## 2.7. Contribuição da alexitimia para o prejuízo da saúde e psicopatologia

A pesquisa realizada no âmbito da alexitimia e saúde está permeada por algumas questões e incertezas que dividem a comunidade científica. Tal como anteriormente observado, é ainda questionável por alguns investigadores o facto de este constructo

representar um fator de risco para a doença ou traduzir simplesmente uma reação da mesma (Mikolajczak & Luminet, 2006).

Ainda que existam estudos que a associam à doença e que não a consideram como uma doença diagnosticável, existem outros que a consideram como uma condição independente.

Embora exista um interesse crescente na possibilidade da alexitimia contribuir para a doença, pensa-se que esta influencia a conduta da doença, especificamente a experiência e narrativa de sintomas fisiológicos e a procura e processo de tratamento. Assim, a vivência da estimulação fisiológica aumentada pelo indivíduo alexitímico pode levar a que este experimente a emoção como aspetos fisiológicos indiferenciados (e.g., dor) e a descreva como tal. Embora vários estudos apontem que o indivíduo alexitímico relate uma série de sintomas, não significa que desenvolva forçosamente mais doenças somáticas (Lumley et al., 2007).

Na perspetiva dos autores da presente investigação, e em concordância com o exposto, a alexitimia deve ser considerada não como a causa da doença, mas sim como um fator de vulnerabilidade para uma diversidade de problemas comportamentais, médicos ou neuropsiquiátricos.

Assim, e atendendo que a alexitimia se associa a significativas dificuldades na utilização de mecanismos eficientes de regulação afetiva (e.g., modulação do alerta fisiológico, expressão adequada das emoções, tolerância a emoções negativas, assimilação cognitiva, emprego da fantasia e imaginação, utilização e procura de suporte social e acomodação), torna-se claro o facto de ser perspetivada como um dos vários fatores de risco da personalidade que concorre para diversos problemas de saúde física e mental (Taylor et al., 1997; Lumley et al., 2007).

Nesse sentido, a alexitimia associa-se negativamente com o bem-estar físico e psicológico, e positivamente com a somatização, doença (Sayar, Kirmayer & Taillefer, 2003; Taylor et al., 1991), depressão (Foran & O’Leary, 2013), ansiedade (Onur et al., 2013; Karukivi et al., 2010), perturbações da personalidade (Berenbaum, 1996), dissociação (Tolmunen et al., 2010), problemas interpessoais (Berger et al., 2014; Humphreys, Wood & Parker, 2009), perturbações do comportamento alimentar (Alpaslan et al., 2015) perturbação obsessiva-compulsiva (Carpenter & Chung, 2011), automutilação (Borrill et al., 2009), fobia social e perturbação de pânico (Fukunishi et al.,

1997), jogo patológico (Toneatto, Lecce & Bagby, 2009) e pobre qualidade de vida geral (Mattila et al., 2009).

Vários estudos têm-na associado repetidamente a uma vulnerabilidade a diferentes formas de adição (Teixeira, 2017). Evidências consistentes apontam que o consumo de drogas e outros comportamentos compulsivos podem funcionar como modeladores da excitação emocional aversiva (Lumley et al., 2007).

A alexitimia associa-se também, a históricos de maus-tratos durante o período da infância e consequente comportamento auto lesivo (Paivio & McCulloch, 2004).

Exposto isto, e de acordo com Jussi Kauhanen e colaboradores (1996), o comportamento desajustado característico da alexitimia prenuncia o aumento do risco de mortalidade, essencialmente devido a suicídio, homicídio e lesão.

São diversos os mecanismos que participam nesta relação entre a alexitimia e a patologia. Especificamente, mecanismos como relações sociais, mudanças no sistema fisiológico (imunitário, endócrino e autonómico), processos cognitivos (avaliações e atribuições) e comportamento de saúde, funcionam como intermediários através dos quais a alexitimia medeia a saúde e a doença (Lumley, Stettner & Wehmer, 1996).

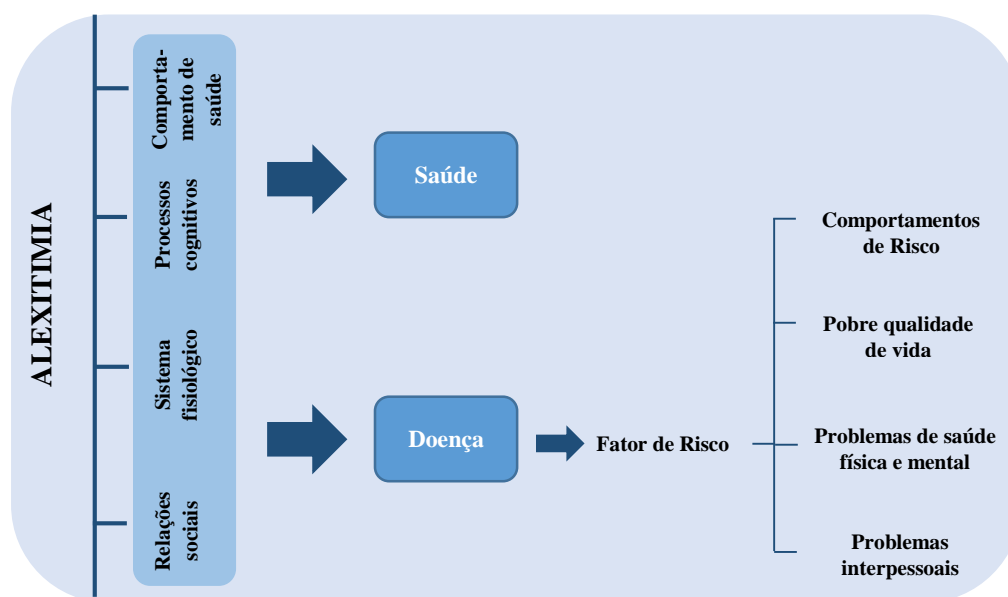


Figura 9- Figura Síntese: Alexitimia e o Prejuízo no Estado de Saúde Geral e Psicopatologia.

## **2.8. Neurobiologia da alexitimia**

Ao longo de várias décadas, diversos teóricos salientaram o papel das características genéticas nos traços da personalidade adulta, bem como, a importância e a necessidade de associar os traços da personalidade a sistemas neurobiológicos que possam justificar as diferenças entre indivíduos (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993).

A investigação no domínio da neurobiologia da emoção tem proposto ao longo dos anos, vários modelos diferentes que procuram explicar o modo como o cérebro intercede nas emoções e na (des)regulação emocional. No decorrer dos anos os estudos realizados neste âmbito sofreram uma mudança de paradigma, tendo-se passado das teorias modulares do cérebro para modelos de redes neuronais, estreitamente interconectadas e interativas, parcialmente coincidentes e sobrepostas, e extensamente distribuídas pelo cérebro. Passou-se, além disso, de modelos que procuravam localizar a emoção em áreas cerebrais muito concretas para modelos que consideravam a emoção como uma propriedade de todas as redes e sistemas neuronais. A partir daí, foram propostos modelos de arquitetura neuronal que recolhem tanto características de sistemas neuronais interativos e distribuídos por todo o cérebro como as de domínios mais próprios de emoções concretas.

Contudo, e ainda que a pesquisa seja abundante nesta área, revela-se extremamente difícil a tarefa de identificar uma única abordagem que aponte nitidamente a origem neurobiológica da alexitimia.

Observações iniciais de características alexitímicas em indivíduos com agenesia do corpo caloso, em pacientes epiléticos submetidos a comissurotomias cerebrais parciais ou totais e descrições de características semelhantes entre indivíduos com défices ou lesões no hemisfério cerebral direito, contribuíram para o interesse da neurobiologia da alexitimia (Taylor et al., 1997).

Foram, a partir dessas observações, propostos diversos modelos neurofisiológicos que procuram explicar a génese da alexitimia. Foi proposto um modelo que assenta na reduzida interconexão entre os hemisférios cerebrais (Hoppe & Bogen, 1977; Buchanan, Waterhouse & West, 1980) e um modelo da diminuição das funções do hemisfério cerebral direito (Lane et al., 1996; Bermond et al., 2006). A pesquisa recente suporta os dois modelos, sendo que determinados estudos (e.g., Aftanas et al., 2003; Bermond, Vorst



& Moormann, 2006) sustentam a perspectiva da alexitimia traduzir o resultado de um déficit na comunicação inter-hemisférica, resultante do funcionamento disfuncional no córtex pré-frontal, relacionado com um sobrefuncionamento do hemisfério esquerdo ou com o subfuncionamento do hemisfério direito. Enquanto outros (e.g., Heinzel et al., 2010) sugerem que a alexitimia se associa a uma resposta satisfatória nas regiões de processamento facial emocional do hemisfério cerebral esquerdo e a uma resposta diminuída nas regiões do hemisfério cerebral direito. Especificamente, a alexitimia espelha uma menor ativação de áreas cerebrais relacionadas com o processamento emocional (na amígdala e no córtex cingulado anterior) durante a observação de expressões faciais.

Embora as características psicofisiológicas no domínio emocional tenham sido abundantemente estudadas nos indivíduos alexitímicos, os resultados não são totalmente consistentes (Taylor & Bagby, 2004). Sendo que, para além dos diversos modelos neurofisiológicos que procuram explicar a génese da alexitimia, existem determinados estudos que apontam um modelo de hipoexcitação da alexitimia, onde a atenuada reatividade autonómica inibe a perceção de sinais emocionais (e.g., Neumann et al., 2004; Linden, Lenz & Stossel, 1996) e outros que suportam um modelo de hiperexcitação da alexitimia, onde o indivíduo alexitímico exhibe elevadas respostas autonómicas (e.g., Torrado et al., 2015).

Jorien Van der Velde e colaboradores, em 2014, investigaram os substratos neurais que subjazem a dimensão cognitiva e afetiva da alexitimia, propostas por Bob Bermond e associados (2006). Destacaram dois sistemas neurais, onde o córtex dorsal cingulado anterior (dACC) se associa com o prejuízo da dimensão cognitiva e o córtex medial orbito frontal (mOFC) com o prejuízo da dimensão afetiva da alexitimia.

Em 2015, Katharina Goerlich-Dobre e associados, forneceram a primeira evidência da índole morfológica fragmentável, em relação aos volumes da matéria cinzenta e branca, das referidas dimensões da alexitimia. Confirmaram que as dimensões da alexitimia cognitiva e afetiva possuem perfis morfológicos dissociáveis. A dimensão afetiva relaciona-se com alterações pequenas e focais no volume da matéria cinzenta, circunscritas ao córtex cingulado. A dimensão cognitiva associa-se alterações significativas no volume de matéria cinzenta numa rede de regiões límbicas e paralímbicas, abrangendo o precuneo, insula e amígdala.

Conquanto exista uma vasta pesquisa sobre a base neural da alexitimia, ainda não é totalmente claro quais os correlatos neurais subjacentes às consideráveis dificuldades de processamento emocional que a caracterizam. Não existe harmonia, por exemplo, relativamente à questão sobre se a alexitimia prejudica essencialmente os processos (iniciais e automáticos) envolvidos na percepção e reconhecimento emocional a nível não consciente, ou se porventura, lesa os processos posteriores que orientam a experiência consciente, regulação e controlo cognitivo das emoções (Goerlich-Dobre, et al., 2015).

### **2.8.1. Fatores modeladores**

Apesar da maioria das tarefas cognitivas requerer, normalmente, a participação dos dois hemisférios cerebrais (onde estes funcionam como um só sistema), muitos indivíduos manifestam uma propensão para utilizar mais um hemisfério do que o outro. Estas preferências hemisféricas individuais são apontadas como pertinentes no entendimento das desigualdades da personalidade entre sujeitos (Crossman & Polich, 1989). Paralelamente, determinados indivíduos detêm uma maior capacidade de integrar os dois hemisférios cerebrais (Christman, 1994).

Analogamente, as diferenças de género cooperam para o funcionamento cerebral assimétrico. Em 1992, Rybash & Hoyer (citado por Taylor et al., 1997) constataram que o género feminino possui uma menor especialização dos hemisférios cerebrais, comparativamente ao género masculino.

Também os fatores culturais podem influenciar o funcionamento cerebral (Taylor et al., 1997).

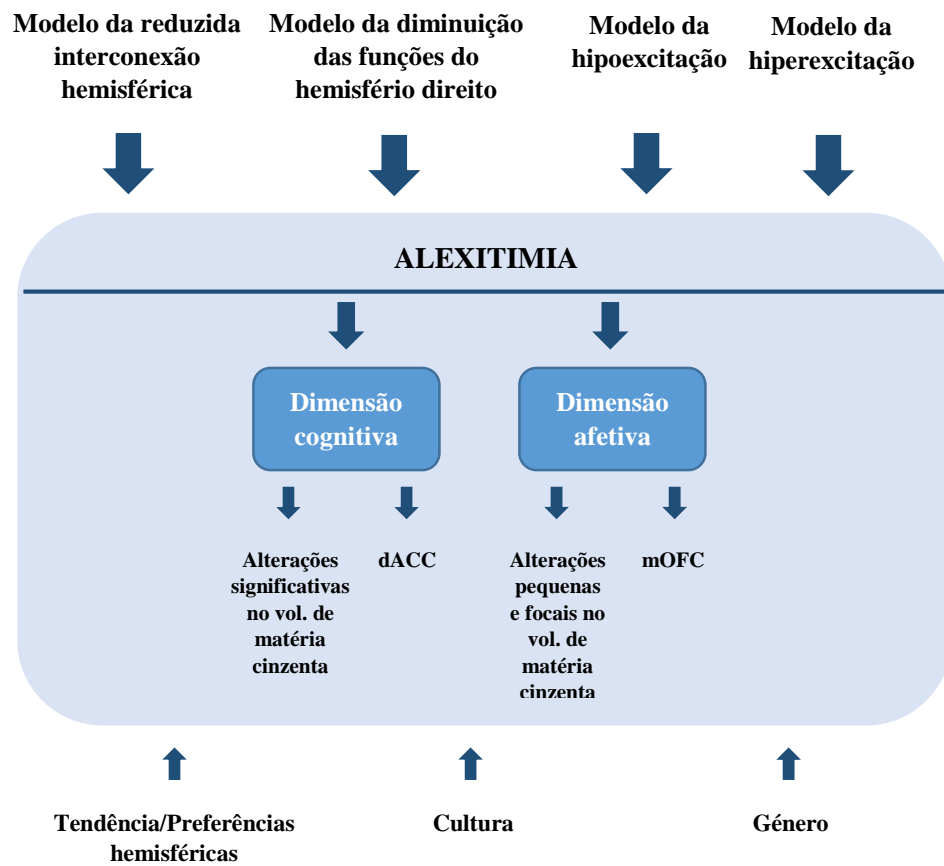


Figura 10- Figura Síntese: Neurobiologia da Alexitimia.

## **Pontos Sumários**

1. A alexitimia é um constructo multifacetado que envolve défices no processamento cognitivo da emoção, ou seja, um prejuízo da capacidade de experimentar conscientemente emoções e sentimentos;
2. A etiologia da alexitimia aparenta envolver múltiplos fatores: défices no meio social e no meio familiar precoce e variações na organização cerebral;
3. Os atributos caraterísticos do sujeito alexitímico são particularmente evidentes no modo como expressa os estados emocionais internos (descrição de detalhes minuciosos do quotidiano ou da sintomatologia corporal) e nas relações interpessoais que estabelece (altamente instáveis e demarcadas pela ausência de empatia);
4. O comprometimento da capacidade de processamento e regulação emocional torna a alexitimia como um fator de risco para uma diversidade de problemas comportamentais, médicos ou neuropsiquiátricos;
5. A alexitimia traduz um défice afetivo e não tanto um mecanismo de defesa;
6. A regulação emocional envolve a integração de funções especializadas oferecidas pelos hemisférios cerebrais (de que a alexitimia é um paradigma da sua disfunção) e interações entre os níveis cortical e subcortical da organização cerebral;
7. A alexitimia espelha uma variação/alteração nessa organização cerebral.

## PARTE 2- CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

### CAPÍTULO 1: DESCRIÇÃO DO PROJETO

O contributo pessoal da presente investigação centra-se no estudo da (des)regulação afetiva e identificação de variáveis que possam associar-se e/ou concorrer para a variabilidade das características alexitímicas, numa amostra não clínica de estudantes universitários.

Atendendo a que uma grande parte da literatura da alexitimia recorre a uma população com determinada perturbação psiquiátrica, ergue-se a possibilidade de a relação entre comportamento alexitímico e os défices emocionais se encontrar enviesada por estar submersa num conjunto de défices e padrões característicos do estilo cognitivo-afetivo de funcionamento incitados pela perturbação psiquiátrica. Neste ponto, considera-se fundamental complementar a literatura existente sobre a avaliação da alexitimia em configurações não clínicas e realçar o valor deste tipo de pesquisa, que para nosso conhecimento e por comparação com a literatura registada em configurações clínicas, se mostra reduzido. De igual modo, para nosso conhecimento, pouco foi estudado sobre se as associações globais entre a alexitimia e empatia são influenciadas pelo humor disposicional dos participantes.

Atento o exposto, e considerando que a prevalência de características alexitímicas tem sido, cada vez mais documentada na população geral numa percentagem considerável de 10% (Kano & Fukudo, 2013), e que a população em análise no presente estudo se encontra potencialmente mais vulnerável a vivências de *stress* e de sintomas de ansiedade e depressão, os autores da presente investigação consideram fundamental dissecar estas variáveis de modo a determinar a sua relação com o comportamento empático e conduta alexitímica, numa população não clínica de estudantes universitários.

Partimos da inferência ampla de diversos modelos teóricos empiricamente sustentados, que apontam a possibilidade de se erguerem condições semelhantes à alexitimia após dor, doença, trauma ou *stress*. O *Dynamic Integration Theory* (Labouvie-Vief, 2003), o *Dynamic Model of Affect* (Reich, Zautra & Davis, 2003) e o Conceito de Níveis de Pensamento (Pennebaker, et al., 1990) apontam que a doença, *stress* e a sintomatologia incomum podem conduzir a um pensamento concreto, a uma débil diferenciação de afetos e a uma reduzida complexidade cognitiva ou afetiva.

Nesse sentido, foram consideradas na presente investigação as associações particulares registadas na literatura entre algumas das seguintes variáveis: ansiedade; depressão; *stress*; humor; empatia; e alexitimia, tendo-se tomado por fundamental, a análise das relações que cada uma estabelece com todas as restantes.

Considerou-se, igualmente, o facto de a saúde mental dos estudantes universitários se tornar ao longo dos últimos anos uma fonte de preocupação (Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010). O ingresso no ensino universitário é uma etapa particularmente importante na vida dos jovens. É uma etapa caracterizada pelos desafios e mudanças repentinas, quer a nível da vida pessoal quotidiana, quer a nível educacional (pelas exigências académicas e pessoais e perspectivas de sucesso académico e profissional). Nesta etapa da vida, ocorre, comumente, o confronto com várias questões com as quais, o então estudante universitário, não estava habituado a gerir, nomeadamente, a deslocação do local habitual de residência e, conseqüente, afastamento da família por maiores intervalos de tempo; a necessidade de ser mais autónomo e autodidata, e de estabelecer redes sociais mais próximas e fortes. O conjunto destas mudanças abruptas no estilo de vida particular possivelmente funciona como preditor do início ou recorrência de determinadas patologias e perturbações mentais, sendo que a literatura tem vindo a corroborar este entendimento (e.g., Blanco et al., 2008).

Deste modo, a importância dos estudos em populações universitárias é justificada pelo facto de várias perturbações mentais surgirem ou adquirirem expressão no início da vida adulta, tendo sido documentado um aumento da sua gravidade e número (Osberg, 2004).

### **1.1. Objetivos**

Considerando os capítulos introdutórios a esta secção, o presente estudo procurou caracterizar e objetivar a identificação, experiência, expressão emocional (alexitimia) e a reatividade emocional (empatia) numa população não clínica de estudantes universitários, e as eventuais relações destes domínios com o *stress* percebido, humor disposicional e os sintomas de ansiedade e depressão. Procurou-se clarificar em que medida o modo como os acontecimentos de vida são compreendidos como instigadores de *stress* (em resultado da sua índole excessiva, incontrolável e inesperada) e os estados de humor, ansiosos e

depressivos, bem como a variação que lhes está associada, se associam à (des)regulação emocional/alexitimia em indivíduos universitários da população geral não clínica.

Em suma, esta investigação pretende estudar a alexitimia em toda a sua complexidade, analisando a associação entre manifestações alexitímicas, regulação afetiva e competências empáticas.

Nesse empenho, constitui objetivo primário da presente investigação:

- avaliar e comparar a presença de características alexitímicas numa amostra de estudantes universitários, de ambos os géneros, de medicina e direito.

Secundariamente, pretende-se:

- analisar as características de funcionamento alexitímico, nomeadamente a presença de défices de reconhecimento e expressão de emoções, assim como de um estilo cognitivo predominantemente exteriorizado;

- caracterizar a amostra ao nível do *stress* percebido, índice de humor, capacidade empática e sintomas de ansiedade e depressão;

- analisar a relação das apreciações subjetivas de *stress* percebido, humor e sintomas de ansiedade e depressão com as capacidades empáticas e com os níveis de alexitimia;

- identificar variáveis que possam concorrer para a variabilidade das características alexitímicas e que possam associar-se a este constructo.

## **1.2. Hipóteses a testar**

De acordo com a literatura anteriormente revista, a presente investigação acredita que a existência de défices relativamente transversais às competências de perceção, identificação e regulação emocional e competências empáticas nos grupos estudados é modulada pelo humor disposicional, *stress* e sintomas de ansiedade e depressão dos participantes. Estes défices compreendem a organização desenvolvimental da experiência emocional, o processamento simbólico da emoção, a expressão e regulação emocional e, consequentemente, a capacidade de empatizar.

De modo geral considera-se que o grupo de estudantes de direito comparativamente ao grupo de estudantes de medicina apresente níveis ligeiramente mais

elevados de alexitimia e consequentemente, défices empáticos mais acentuados. Ainda que a investigação tenha vindo a identificar de modo mais frequente níveis significativos de *stress*, sintomas de ansiedade e depressão e défices emocionais no seio da comunidade de estudantes e profissionais de medicina, os investigadores do presente estudo acreditam que tal se deve ao facto de os estudantes de direito continuarem a ser uma amostra pouco estudada (por comparação com os estudantes de medicina).

Tal conjectura sustenta-se na perspetiva dos investigadores de que o aluno/profissional de direito ainda que menos estudado (comparativamente à amostra de estudantes de medicina), vivencia diariamente contextos stressantes, exigentes e altamente competitivos, que requisitam imperiosamente qualidades difíceis de mensurar, como estabilidade emocional, empatia, criatividade, boa rede de relacionamentos e capacidades comunicativas e sociais. Tais características estão intrinsecamente ligadas à advocacia moderna e a exigência delas cresce a um ritmo constante.

Por outro lado, o aluno/profissional de medicina, embora contacte diariamente com a doença (que por si só poderá contribuir para a significância do prejuízo das variáveis em estudo), labuta constantemente pela restituição da saúde (física e mental) e qualidade de vida. Como tal, domina o espectro do normal e patológico, o que aumenta a possibilidade de identificar por analogia, défices subjetivos (i.e., embora os indivíduos alexitímicos não sejam hábeis de identificar as tonalidades e estados emocionais subjetivos, podem através da sua formação rever-se subjetivamente e por analogia às características da alexitimia compreender as causas dos seus sintomas físicos como défices na regulação emocional) e procurar corrigi-los. Bem como, por beneficiar ao longo da formação académica da aquisição de competências e estratégias orientadas para o comportamento de saúde dos seus pacientes, podendo tirar proveito desses conhecimentos em benefício próprio (e.g., estratégias emocionais e de regulação emocional). Contrariamente, os estudantes de direito não abordam tão aproximadamente esta temática e estratégias ao longo da sua formação académica, tendo diminuídas as possibilidades de um contacto mais próximo com a realidade do que é normal e patológico e especificamente, o que é a alexitimia e os seus défices associados.

Além disso esta discussão justifica-se e torna-se importante, uma vez que, alguns estudos têm recorrido e comparado estas populações, contudo, são fundamentalmente realizadas pesquisas ao nível do *stress* (e.g., Heins, Fahey & Henderson, 1983; Heins, Fahey & Leiden, 1984; Clark & Riker, 1986; Ko, Kua & Fones, 1999).



De modo mais específico, e sempre sob a consciência de que carecemos de estudos suficientes para confirmar as hipóteses abaixo levantadas, este segmento será, portanto, conduzido sobre a perspectiva de que se pretende fundamentalmente caracterizar os dois grupos no que concerne a padrões de regulação emocional, designadamente, níveis de alexitimia, níveis de empatia, presença de afeto negativo (ansiedade, depressão, humor geral e *stress*). Não obstante, parece provável que:

- (1) o grupo de estudantes de direito, em comparação com o grupo de estudantes de medicina, apresenta perturbações da regulação emocional mais significativas, que envolvem:
  - (a) maiores prevalências e graus mais elevados de alexitimia, caracterizados por dificuldades na identificação e expressão de emoções e por um pensamento preeminentemente externamente orientado;
  - (b) défices mais significativos de capacidade empática global;
  - (c) menor capacidade empática global, devido aos níveis mais elevados de alexitimia, menor consciência emocional, níveis de humor mais negativos e maiores índices de *stress* e de sintomas de ansiedade e depressão.
- (2) em ambos os grupos, níveis elevados de alexitimia correlacionam-se negativamente com a empatia, especialmente com a dimensão afetiva da empatia;
- (3) a alexitimia detém um valor preditivo sobre os défices empáticos em ambos os grupos, sendo essa influência moderada pelos níveis de *stress* percebido, humor e sintomas de ansiedade e depressão;
- (4) as variáveis *stress*, humor, ansiedade e depressão percebidas, bem como a variação que lhes está associada, influem na sua individualidade e no seu conjunto, a relação da alexitimia com os défices empáticos, numa constante interconexão entre si;
- (5) em ambos os grupos a níveis mais elevados de alexitimia/consciência emocional correspondem sintomas mais significativos de ansiedade e depressão, *stress* e índice de humor mais negativo, sendo essa associação mais evidente no grupo de estudantes de direito.

### **1.3. Método**

#### **1.3.1. Desenho de estudo**

A presente investigação é de natureza observacional, analítica e de caráter transversal comparativo, baseada numa metodologia quantitativa - apoiada num conjunto de instrumentos psicométricos validados (TAS-20, BVAQ, PSS-10, HADS, POMS e IRI) (ver figura 11).

A metodologia utilizada neste estudo incluiu uma avaliação inicial de natureza sociodemográfica, onde se procedeu ao registo de todos os dados considerados pertinentes para as conclusões do estudo (ex. ano frequentado, género, presença de relacionamento, estar ou não deslocado do local de residência habitual, consumo de medicação, doença familiar e historial de consumos) – variáveis simples; e uma avaliação psicométrica através da aplicação de questionários – variáveis latentes.

Foi apresentado, previamente, a cada uma das faculdades em que se procedeu à recolha da amostra, o projeto de estudo, bem como os seus objetivos e metodologias, após prévia autorização deferida pelo Conselho Científico da FMUL e pela Comissão de Ética do CHLN e CAML para a realização do mesmo.

As avaliações foram realizadas coletivamente e num só momento por sujeito, subordinadas às mesmas normas para todos os participantes. Esta decisão metodológica prendeu-se não só com o objetivo de diminuir o número de desistências, mas também com a necessidade de proporcionar aos participantes um *setting* de avaliação mais neutro e prático.

De modo a esclarecer eventuais dúvidas, a recolha de dados contou com a presença do entrevistador/investigador.

Os dados foram recolhidos e analisados de forma anónima, tendo para o efeito sido atribuído um código numérico a cada participante. Os dados obtidos foram única e exclusivamente acessíveis aos investigadores do estudo.

A distribuição, recolha e interpretação dos questionários foi realizada pelos autores do estudo.

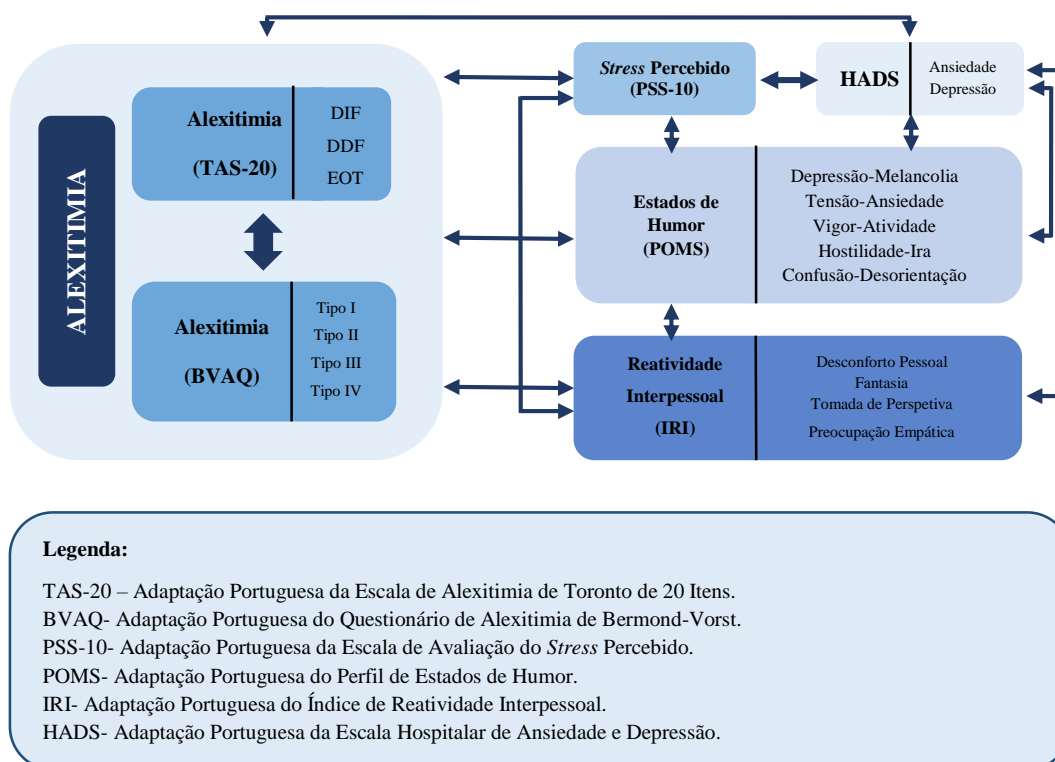


Figura 11- Desenho de estudo

### 1.3.2. Amostra em estudo

Importa neste contexto prévio à descrição da amostra em estudo, salientar que embora a maioria dos estudos no âmbito da alexitimia e regulação emocional recorra a amostras de estudantes universitários, os estudantes de direito continuam a representar uma amostra pouco estudada neste domínio.

Assim, a escolha de duas amostras de estudantes, presumivelmente de características heterogéneas (particularmente características relativas aos processos emocionais), prende-se com o objetivo de colmatar as lacunas existentes na literatura no que se refere a estudos no domínio das emoções com amostras de estudantes de direito, bem como por se tratarem de duas áreas de origem distinta (medicina-ciências e direito-humanidades), ambas sujeitas a elevados e constantes níveis de *stress*, quer ao longo do percurso académico, quer ao longo do percurso profissional, e por contactarem diariamente com situações particularmente exigentes (a nível holístico) como a doença e a luta pela justiça, respetivamente.

Tratam-se de duas áreas que à partida possuem um objetivo comum, a relação de ajuda, mas que utilizam diferentes competências, capacidades físicas e mentais, estratégias e meios, para atingir o fim pretendido. Especificamente a medicina trata-se de uma área relativa às ciências, ligada à relação de ajuda, cujo objetivo principal é melhorar a qualidade de vida, saúde e bem-estar dos pacientes. A advocacia trata-se de uma área humanística com diversas saídas profissionais, igualmente ligada à relação de ajuda, embora num prisma diferente das profissões de saúde. Está relacionada com a lei, cujo objetivo principal é a justiça e a defesa dos direitos dos cidadãos. Ambas contactam com frequência com situações que expõe, entre outras, a sua posição emocional (tonalidades e estados emocionais) relativamente às circunstâncias envolventes, exigindo para tal, capacidades eficientes de autorregulação, isto é, estratégias efetivas de regulação dos estados emocionais.

Como tal, é fundamental analisar o modo como ambos os grupos de estudantes contactam, gerem e vivenciam a sua vida emocional, e consequentemente o seu impacto na relação empática com o Outro, bem como analisar variáveis que possam influenciar essa relação e quais as suas implicações na vida académica e profissional.

Dando cumprimento aos principais objetivos desta secção: a seleção das unidades amostrais baseou-se num conjunto de critérios pré-definidos pelos investigadores (ex. estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL) e estudantes da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (FDUL)). Trata-se de uma amostra extraída por técnicas não probabilísticas, não intencional e, portanto, de conveniência.

Para a realização da recolha de dados foi solicitada a devida autorização e consentimento dos participantes. Foi elucidado a todos os sujeitos que se disponibilizaram a participar no estudo, o carácter totalmente voluntário e os objetivos da pesquisa, bem como a garantia da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Como tal, foi entregue um consentimento informado com informação sobre a natureza da pesquisa e onde o entrevistador se comprometeu a manter o sigilo profissional dos dados recolhidos usando-os, somente, para investigação.

Atendendo ao carácter voluntário da participação, os sujeitos foram igualmente esclarecidos sobre a possibilidade de solicitar a suspensão da sua participação, a qualquer momento do processo de recolha de dados, isentos de penalização.

Considerando que a presente investigação envolve questões éticas, procurou-se cumprir e respeitar os valores e princípios éticos humanos, preservando o valor da honestidade, autenticidade, objetividade, respeito, rigor metodológico e experimental, análise imparcial dos dados, não violação dos direitos e dignidade dos participantes.

Assim, cumpridas as formalidades supramencionadas, procedeu-se à colheita de dados no período compreendido entre os meses de abril de 2018 e maio de 2018, correspondentes ao segundo semestre de aulas, iniciando-se inicialmente na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa e posteriormente na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Todo o processo de recolha de dados decorreu na faculdade onde os participantes se encontram matriculados, tendo sido agendada data e hora de acordo com a disponibilidade e horário curricular de cada turma.

Foram determinados os seguintes critérios de inclusão e de exclusão para a amostra:

*Tabela 1- Critérios de Inclusão e Exclusão da amostra*

<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
Idade igual ou superior a 18 anos e igual ou inferior a 25;	Ter idade inferior a 18 anos;
Estudar na Faculdade de Medicina ou na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa;	Ser de qualquer outra nacionalidade que não a portuguesa;
Ser de nacionalidade portuguesa;	Apresentar perturbação ou história de perturbação psiquiátrica ou doença infecciosa;
Aceitar participar no estudo, após leitura e assinatura do Consentimento Informado.	Consumir substâncias psicoativas, psicofármacos, ou qualquer outra substância que atue no Sistema Nervoso Central, nos últimos três meses.

Os grupos de participantes foram compostos por sujeitos universitários saudáveis. A constituição da amostra beneficiou da proveniência de sujeitos de duas faculdades distintas (FMUL e FDUL), bem como de diferentes locais de origem/residência contribuindo, em certo modo, para uma maior representatividade da mesma. Atendendo que determinadas pesquisas têm registado um decréscimo dos níveis de empatia ao longo dos anos de formação académica em medicina (Neumann et al., 2011), a presente amostra de estudantes de medicina beneficiou da presença de estudantes do segundo e quinto ano do curso, possibilitando obter um panorama mais abrangente das capacidades emocionais e empáticas.

A tabela 2 apresenta o número de participantes em cada faculdade e a constituição final da amostra. Foi recolhido o mesmo número de participantes em ambas as faculdades em estudo (n=63). Os processos de *matching* no sentido de garantir um maior rigor metodológico para os critérios de inclusão e exclusão, bem como os sujeitos cujos protocolos em diferentes provas psicométricas registavam um número importante de *missing-values*, conduziram à eliminação de um conjunto de sujeitos de ambos os grupos, o que detalharemos na secção “Resultados” de modo mais preciso. A amostra total final do estudo contemplou 79 sujeitos [Estudantes de Medicina (n=39); Estudantes de Direito (n=40)].

*Tabela 2- Constituição total da amostra*

<b>Amostra Total Final (n= 79)</b>	<b>Amostra Recolhida (n)</b>	<b>Amostra Final (n)</b>
<b>Estudantes de Medicina</b>	<b>63</b>	<b>39</b>
<b>Estudantes de Direito</b>	<b>63</b>	<b>40</b>

Seguidamente será descrito com maior detalhe o conjunto de instrumentos de avaliação utilizado para concretizar os objetivos do estudo e testar as hipóteses erguidas.

### 1.3.3. Instrumentos de Medida

A avaliação contemplou um único momento por sujeito, onde cada participante respondeu a um questionário estruturado especificamente para esta investigação, em que se procedeu à recolha de dados de natureza predominantemente sociodemográfica.

Seguidamente aplicou-se um conjunto de instrumentos psicométricos validados, nomeadamente escalas e questionários de autorrelato. O conjunto dos instrumentos destinou-se à avaliação do grau de alexitimia, *stress* percebido, humor, índice de reatividade interpessoal e sintomas de ansiedade e depressão. Em média o momento de avaliação teve uma duração de cerca de 15 minutos.

Importa neste contexto prévio à descrição dos instrumentos utilizados, referir algumas considerações relativamente a determinadas opções metodológicas. Particularmente, dada a apreciação realizada em torno das metodologias existentes para caracterizar a alexitimia, optou-se pela utilização conjunta da escala TAS-20 (Escala de Alexitimia de Toronto) e do BVAQ (Questionário de Alexitimia de Bermond-Vorst).

Embora a TAS-20 seja um instrumento largamente utilizado a nível internacional no estudo da alexitimia e, em geral, dos défices no processamento emocional em populações clínicas e não-clínicas, a última alteração eliminou o componente da escassez de fantasias, fator-chave da alexitimia, embora a sua confiabilidade tenha melhorado. Assim, a utilização conjunta com o BVAQ permite obter uma visão mais clarificada e completa do grau da alexitimia. Possibilita, igualmente, a avaliação das dimensões da alexitimia de modo diferenciado e complementar, bem como consolidar de modo mais preciso e rigoroso a informação obtida.

Contrariamente à TAS-20, que apenas avalia a dimensão cognitiva da alexitimia, o BVAQ permite avaliar a sua dimensão cognitiva e afetiva. Esta estrutura de dois fatores foi confirmada e validada pela análise fatorial (Bailey & Henry, 2007; Bermond et al., 2007).

Embora existam múltiplos instrumentos para identificar e avaliar a alexitimia, esta “perturbação” mantém-se difícil de operacionalizar.

### **1.3.3.1. Breve descrição dos instrumentos utilizados**

#### Questionário sociodemográfico

O questionário foi composto por três secções diferenciadas pela natureza das questões: dados biográficos; dados associados à história pregressa de doença psiquiátrica ou infecciosa do indivíduo e familiares e consumo de medicação; e dados de historial de consumos de substâncias psicoativas; contabilizando um total de vinte e duas questões.

Na primeira secção foram abordadas questões relativas ao género, data de nascimento, naturalidade, estado civil, presença de relacionamento amoroso, agregado familiar, local de residência, situação laboral e faculdade e ano em que se encontra matriculado. Na segunda secção foram abordadas questões relativas ao consumo de medicação, presença de doença psiquiátrica ou infecciosa atual, presença de história pregressa de doença psiquiátrica ou infecciosa, presença de doença psiquiátrica na família e grau de parentesco. Por fim, na terceira secção foram abordadas questões relativas ao consumo de substâncias psicoativas e história pregressa de consumos. O questionário, bem como a declaração de consentimento informado e os instrumentos de medida abaixo descritos poderão ser consultados no anexo 1.

#### Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens-TAS-20 (*Toronto Alexithymia Scale*) – Versão Portuguesa de Prazeres, Parker e Taylor, em 2000

A TAS-20 constitui uma medida válida e confiável, comumente utilizada para medir a alexitimia. É constituída por 20 itens de autorresposta, avaliados de acordo com uma escala de 5 pontos tipo Likert (1-Discordo totalmente; 5-Concordo totalmente) (Taylor, Parker & Bagby, 2003).

Foi desenvolvida em 1985 pela equipa da Universidade de Toronto, coordenada por Graeme Taylor, médico psiquiatra e psicanalista. Foi modificada duas vezes, sendo que a primeira versão da escala considerava um conjunto de cinco domínios de avaliação da alexitimia (conformidade social e pobreza de fantasia, juntamente com os três fatores que contemporaneamente compõem a TAS-20), constituindo um total de 41 itens. A análise fatorial recomendou uma redução da versão inicial para uma versão de 26 itens, que incluíam a reduzida fantasia como fator acrescido aos três fatores que contemporaneamente compõem a TAS-20, pese embora com fragilidades psicométricas.



Posteriormente, a solução fatorial de uma escala com 20 itens acabou por mostrar uma consistência interna mais robusta, embora as dimensões do conformismo social e pobreza da fantasia deixassem de ter expressão mais relevante no instrumento (Bagby, Taylor & Parker, 1994).

Assim, a Escala de Alexitimia de Toronto de vinte itens (TAS-20) (Bagby et al., 1994) é a versão mais recente da TAS, resultando do contínuo processo de investigação destinado a melhorar as condições de avaliação da alexitimia.

Foi traduzida para vários países, tendo sido, através da análise fatorial confirmatória, demonstrada a sua validade, por possuir uma estrutura fatorial sólida e replicável em diversas amostras cínicas e não clínicas, concordante com o constructo da alexitimia (Prazeres, Parker & Taylor, 2000).

Os itens distribuem-se em 3 fatores congruentes com o constructo da alexitimia: F1 (DIF)-Dificuldade em reconhecer sentimentos e em diferenciá-los das sensações corporais; F2 (DDF)- Dificuldade em descrever sentimentos a outros; F3 (EOT)- Padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado (Bagby et al., 1994). Os referidos fatores, foram confirmados por diversa literatura (Bagby et al., 1994; Taylor et al., 2003).

Prazeres, Parker & Taylor (2000) desenvolveram estudos em volvo da elaboração de uma versão portuguesa da escala com vinte itens, destacando como relativamente adequadas as suas propriedades psicométricas, embora alguns fatores apresentem valores moderadamente distanciados da definição de bons níveis de precisão (*alpha* de Cronbach com variações entre .60 e .83 para cada fator, e de .79 para a escala total). Os seus estudos permitiram atestar que a versão portuguesa do instrumento possui uma adequada consistência interna, bem como uma ótima precisão teste – reteste com um intervalo de três (.90 ;  $p<.001$ ) e seis semanas (. 86 ;  $p<.001$ ). Prazeres, Parker & Taylor (2000) verificaram ainda que a versão portuguesa da TAS-20 possui uma estrutura fatorial equivalente à estrutura fatorial da versão americana da escala.

Os estudos de validação deste instrumento para a população portuguesa, especificamente a demonstração da equivalência linguística cruzada entre o original e a versão portuguesa recorreu a uma amostra constituída por 25 estudantes universitários bilingues de ambos os géneros; a demonstração da precisão e validade do instrumento recorreu a uma larga amostra de adultos sem queixa ( $n=133$ ) e estudantes universitários ( $n=298$ ) de diversas universidades do distrito de Lisboa, de ambos os géneros; e os estudos precisão teste-reteste foram realizados com um intervalo de três e seis semanas

entre as aplicações, utilizando em ambos os momentos de avaliação amostras de estudantes universitários.

Foram propostos como pontos de corte para a consideração de casos (Não Alexitímico-  $TAS \leq 51$ ; Intermédio-  $52 < TAS < 60$ ; Alexitímico-  $TAS \geq 61$ ) (Parker et al., 1993b). Todavia estes foram estabelecidos para a população norte americana, o que implica um cuidado acrescido na sua utilização quando adaptados a outros contextos culturais. Com efeito, foram considerados na presente investigação os valores médios  $\pm$  DP obtidos no estudo de validação da escala para a população portuguesa, com recurso a grandes amostras da população geral e de estudantes universitários, desenvolvidos por Prazeres, Parker & Taylor, em 2000.

#### Questionário de Alexitimia de Bermond-Vorst-BVAQ (*Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire*) – Versão Portuguesa de Ramiro Veríssimo<sup>1</sup>

Em 1992 Bob Bermond e Harrie Vorst desenvolveram a Escala de Alexitimia de Amesterdão (AAS) (Bermond et al., 1999) congruente com as definições originais de alexitimia propostas por Taylor e colaboradores, em 1985, no seu estudo de desenvolvimento da TAS, embora Bermond interpretasse e designasse de modo diferente as dimensões da alexitimia propostas por Taylor (Vorst & Bermond, 2001).

Harrie Vorst e Bob Bermond em 2001, desenvolveram o Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ) que se assume uma extensão da AAS e que se mostra congruente com a definição original de alexitimia de Nemiah & Sifneos (Bermond et al., 2007; Vorst & Bermond, 2001).

O BVAQ surgiu da necessidade de fornecer uma visão e estudo mais abrangente da alexitimia. Segundo vários autores (Krystal, 1988; Sifneos, 1973; Weinryb et al., 1992) as reformulações da TAS que conduziram ao desenvolvimento da TAS-20 levaram a que esta não permita avaliar alguns traços essenciais da alexitimia, por não analisar as dimensões da reduzida experiência de emoções e a pobreza da fantasia. O questionário é constituído por 40 itens de autorrelato, avaliados de acordo com uma escala de 5 pontos tipo Likert (1-Discordo totalmente; 5-Concordo totalmente) (Bermond et al., 2007; Vorst & Bermond, 2001), que se destinam a avaliar cinco dimensões da alexitimia definidas como “traços latentes de variação contínua” (Veríssimo & Bermond, 2009).

---

<sup>1</sup> Ramiro Veríssimo (não publicado- Comunicação pessoal (e-mail) em 20/05/2008.), citado por Freire, 2010.

Os itens encontram-se, portanto, distribuídos em cinco subdimensões, constituídas por 8 itens cada – Verbalizar emoções (V - reduzida capacidade de comunicar emoções verbalmente), Identificar emoções (I - capacidade reduzida de identificar emoções ou diferenciar emoções), Analisar emoções (A - diminuta capacidade de refletir e explicar as emoções subjetivas), Emocionalidade (E - reduzida capacidade de experienciar emoções) e Fantasiar (F - diminuta capacidade de imaginar, fantasiar ou sonhar acordado) (Bermond et al., 2007; Vorst & Bermond, 2001). Cada subdimensão é avaliada sob a forma AB, isto é, cada subescala é constituída por itens das duas formas paralelas A (itens formulados positivamente em referência ao traço) e B (itens formulados negativamente em referência ao traço) (Veríssimo & Bermond, 2009).

Os defensores da hipótese dos subtipos de alexitimia consideram que este instrumento permite diferenciá-los (Lumley et al., 2007). Contrariamente à TAS-20 que apenas avalia a dimensão cognitiva da alexitimia, o BVAQ oferece a possibilidade de avaliar as dimensões/componentes cognitiva e afetiva. Como tal, faz uma distinção de segunda ordem, onde as subdimensões, Verbalizar, Identificar e Analisar sentimentos são associadas à esfera cognitiva da alexitimia e as subdimensões Emocionalidade e Fantasiar agrupadas à esfera afetiva. A análise fatorial comprovou a validade desta estrutura de dois fatores (Bailey & Henry, 2007; Bermond et al., 2007). Todavia, outros estudos chegaram a conclusões diferentes, não sustentando essa estrutura de dois fatores (Bagby et al., 2009).

A confiabilidade e validade do BVAQ é satisfatória (Bermond et al., 2007; Bermond, Oosterveld & Vorst, 2015; Vorst & Bermond, 2001). As duas dimensões que compõe (afetiva e cognitiva) permitem a construção de tipos de alexitimia com padrões de personalidades diferentes (Moormann et al., 2008) e a distinção dos correlatos neuroanatômicos associados (Goerlich-Dobre et al., 2014, 2015).

O esboço da versão portuguesa do instrumento surgiu da tradução da versão inglesa e francesa da escala, sem obliterar a equidade do conteúdo e conceito. Com base em alguns estudos piloto desenvolvidos que avaliaram esse esboço, foram realizadas revisões à tradução de alguns itens. Por fim, a versão portuguesa final da escala foi retrovertida para inglês. A análise e comparação da versão inglesa original da escala com a retroversão da versão portuguesa demonstrou uma boa equivalência transcultural (Veríssimo & Bermond, 2009).

Existe uma versão portuguesa do BVAQ, testada e traduzida por Ramiro Veríssimo, contudo não são conhecidos trabalhos da sua publicação (Freire, 2010).

A avaliação das características psicométricas transculturais da versão Portuguesa do BVAQ, realizada por Ramiro Veríssimo & Bob Bermond, em 2009, recorreu a uma larga amostra de estudantes universitários ( $n=369$ ), de ambos os géneros e com idades compreendidas entre os 17 e os 36 anos. A análise fatorial da estrutura penta fatorial originalmente proposta mostrou que a estrutura interna de 40 itens se ajusta aceitavelmente à solução de cinco fatores. A pontuação média global desta versão é ligeiramente diferente (cerca de 0.6 DP) da amostra holandesa original. As coerências internas são também aceitavelmente semelhantes às da amostra original: *alpha* de Cronbach de .82 para a escala global (.85 para a amostra holandesa) e, em termos médios de .77 para as subdimensões (variações entre .70 e .84) (média de .79 e variações entre .76 e .87 para a amostra holandesa). Além disso o instrumento é estável no teste-reteste (avaliado com um intervalo de 15 dias), correlacionando-se significativamente com a TAS-20, o que apoia a evidência da validade do BVAQ. Foi demonstrado que o BVAQ é um instrumento altamente promissor para avaliar a alexitimia de modo abrangente e como tal o seu uso foi recomendado (Veríssimo & Bermond, 2009).

A correlação entre a dimensão cognitiva do BVAQ e a pontuação total da TAS-20 é alta (.80), o que sugere que visam as mesmas características alexitímicas (Vorst & Bermond, 2001).

A classificação final pode variar entre os 40-200 pontos, sendo que pontuações altas indicam elevada alexitimia (Veríssimo & Bermond, 2009). Foram propostos pontos de corte para a consideração de casos para os dois componentes da alexitimia. Pontuações  $\geq 54.0$  indicam prejuízo da dimensão cognitiva da alexitimia e pontuações  $\leq 43.0$  indicam preservação da dimensão cognitiva. Relativamente à dimensão afetiva da alexitimia, pontuações  $\geq 42.0$  indicam prejuízo nesta dimensão e pontuações  $\leq 34.0$  apontam preservação deste domínio (Moormann et al., 2008, 2012a,b). Todavia não existem estudos que identifiquem valores de corte para a população portuguesa. Nesse sentido, o presente trabalho utilizou como referência os valores médios  $\pm$  DP obtidos no estudo de avaliação das propriedades psicométricas do questionário na população portuguesa, desenvolvidos por Veríssimo & Bermond, em 2009, com recurso a uma larga amostra de estudantes universitários.

Escala de Avaliação do Stress Percebido-PSS-10 (*Perceived Stress Scale*) – Versão Portuguesa de Trigo & Silva, em 2003<sup>2</sup>

A PSS (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) é um dos instrumentos de relato pessoal mais utilizado na avaliação global do *stress*, possibilitando delimitar o modo como os acontecimentos de vida são compreendidos como instigadores de *stress* (Trigo et al., 2010).

Atendendo que o *stress* percebido é mediado por diversos fatores, como situações quotidianas, relações interpessoais estabelecidas e alterações pessoais, o valor da avaliação pela PSS pode diminuir significativamente quatro a seis semanas após a sua aplicação. Assim, a PSS, recorre ao período de um mês, imediatamente anterior à sua aplicação, avaliando a assiduidade com que determinadas situações sucederam (Trigo et al., 2010).

Foi inicialmente desenvolvida com 14 itens, dando posteriormente origem à PSS-10 e mais tarde à PSS-4. A PSS-10 inclui os itens 1 a 3, 6 a 11 e 14 da escala original, resultando, portanto, da eliminação de quatro itens da escala original (4, 5, 12 e 13), procedimento que refletiu pequenas melhorias na sua variância (48,9%) e consistência interna ( $\alpha = 0,78$ ) (Trigo et al., 2010).

As diversas versões da sua adaptação para outros países, apresentam uma boa consistência interna, normalmente maior à obtida na versão original da escala, variando entre .71 (Sumi, 2006) e .89 (Roberti, Harrington & Storch, 2006).

Diversos trabalhos têm atestado a validade da solução de dois fatores (e.g., Roberti, Harrington & Storch, 2006), isto é, a existência de itens formulados positivamente (referem-se a acontecimentos positivos e de eficiência) e de itens formulados negativamente (referem-se a acontecimentos negativos e de ineficácia) (Trigo et al., 2010).

As propriedades psicométricas da escala na população portuguesa foram estudadas por Trigo e colaboradores em 2010, numa ampla amostra de ambos os géneros, constituída por sujeitos da população geral portuguesa, na faixa etária entre os 17 e os 73 anos ( $n=762$ ), e por sujeitos da população clínica portuguesa (hipertensão, diabetes, doentes ansiosos, entre outros), na faixa etária entre os 17 e os 86 anos ( $n=201$ ).

Relativamente aos resultados da análise fatorial, Trigo e colaboradores, em 2010, observaram que os vários itens da escala apresentam saturações fatoriais satisfatórias, situadas entre .79 e .58. Na análise da consistência interna obtiveram um coeficiente *alpha*

---

<sup>2</sup> Trigo & Silva (2003), citado por Trigo et al., 2010.

de Cronbach de .87 (coeficiente alfa elevado e superior ao obtido pelo autor da escala original e por diversos autores). Com base no seu estudo, a PSS-10 mostrou-se como um instrumento de autorrelato com boas qualidades psicométricas e consistência interna (Trigo et al., 2010).

De modo geral, a utilização da versão portuguesa da escala apresenta-se vantajosa, por ser um instrumento de fácil compreensão e preenchimento rápido, pese embora, exista a possibilidade de os participantes responderem segundo a desejabilidade social, o que consiste num ponto menos positivo na sua utilização (Trigo et al., 2010).

As respostas são assinaladas mediante uma escala tipo Likert de cinco pontos (0-nunca; 4-muito frequente) e o resultado varia entre 0-40 (Trigo et al., 2010).

De modo a identificar níveis patológicos na perceção do *stress*, foi estabelecido como valor de corte para a população portuguesa, pontuações superiores ao percentil 80 (Trigo et al., 2010).

#### Índice de Reatividade Interpessoal-IRI (*Index of Interpersonal Reactivity*) – Versão Portuguesa de Limpo, Alves & Catro, em 2010

Mark Davis, professor de psicologia, tem defendido desde os anos 80 a formulação multidimensional da empatia, afirmando que um episódio empático prototípico envolve diversos mecanismos e respostas no *self*, que se contrapõem a uma abordagem unitária da empatia (Limpo et al., 2010). Na linha desta perspetiva, Davis em 1983, desenvolveu uma medida capaz de avaliar a dimensão afetiva e cognitiva da empatia, a qual denominou de Índice de Reatividade Interpessoal.

O IRI representa um dos questionários de autorrelato mais utilizados para avaliar a empatia em diversas áreas. A escala original é composta por 28 itens (construída por itens provenientes de escalas unidimensionais de empatia e por itens novos; Davis, 1980) expostos através de afirmações sobre pensamentos e sentimentos. Na sequência de várias análises foi perceptível o fraco ajustamento da estrutura fatorial da escala original à população portuguesa. Desta forma, e de modo a melhorar a sua validade fatorial, fiabilidade e sensibilidade, a versão portuguesa do IRI passou a ser constituída por um total de 24 itens, dos quais estão ausentes os itens 1, 10, 15 e 18 da escala original americana (Limpo et al., 2010).

É subdividido em quatro subdimensões. Cada uma é constituída por 7 itens: Desconforto pessoal (DP) - avalia sentimentos de apreensão, agonia e desconforto em contextos interpessoais tensos; Fantasia (F) - avalia a tendência do sujeito em se envolver em situações imaginárias; Tomada de Perspetiva (TP) - avalia a propensão para tomar a perspetiva do Outro; e Preocupação Empática (PE) - avalia a capacidade de vivenciar sentimentos de preocupação e compadecimento pelo Outro. Sendo que, o domínio cognitivo da empatia é analisado através da subescala Tomada de Perspetiva, e o domínio afetivo através das subescalas Desconforto pessoal, Fantasia e Preocupação Empática (Limpo et al., 2010).

As subdimensões são avaliadas numa escala de 5 pontos tipo Likert (0-Não me descreve bem; 4-Descreve-me muito bem). Sendo que, pontuações altas representam níveis de empatia mais elevados, e pontuações mais baixas configuram níveis de empatia mais baixos (Davis, 1983).

O estudo de adaptação e validação do IRI para a língua e contexto português realizado por Limpo e associados em 2010, recorreu a uma larga amostra de estudantes da Universidade do Porto ( $n = 478$ ), com idades compreendidas entre os 17 e os 50 anos.

A versão portuguesa do instrumento foi traduzida por Limpo e colaboradores, em 2010, tendo sido posteriormente retrovertida para inglês. De acordo com os autores, a fiabilidade mantida à versão original da escala garantiu a confirmação pelo autor original da escala, da fidelidade da tradução e, portanto, a validade do IRI português. O padrão de correlações identificado na versão portuguesa do IRI foi, genericamente, idêntica ao encontrado na literatura (baixas ou moderadas,  $r < .52$ ). As subescalas da versão portuguesa apresentam boa fiabilidade e consistência interna (Limpo et al., 2010).

A análise da fiabilidade (consistência interna) das quatro subdimensões do IRI, na sua versão portuguesa, apontou como valores globais do índice *alpha* de Cronbach na subescala Tomada de Perspetiva  $\alpha = .74$ , na subescala Preocupação Empática  $\alpha = .77$ , na subescala Desconforto Pessoal  $\alpha = .81$  e na subescala Fantasia  $\alpha = .83$ . Pese embora a eliminação de quatro itens da escala original americana, os itens que a versão portuguesa inclui são suficientes para uma medição eficaz de cada fator. De modo geral, os resultados obtidos no estudo da validade, fiabilidade e sensibilidade da versão portuguesa da escala são semelhantes aos identificados em estudos realizados com a escala original ou com versões adaptadas para outros idiomas (Limpo et al., 2010).

A análise da validade do IRI português demonstrou ainda a preservação da perspetiva multidimensional da empatia, que representa a base deste instrumento (Limpo et al., 2010).

Atendendo que não são referidos valores de corte para a população portuguesa no estudo de adaptação do IRI, realizado por Limpo, Alves & Catro, em 2010, foram utilizados como referência na presente investigação, os valores médios +/- DP obtidos no mesmo.

#### Perfil de Estados de Humor- POMS (*Profile of Mood States*) – Versão Portuguesa de Viana, Almeida & Santos, em 2001

A versão original do POMS foi publicada em 1971 por Douglas McNair e colaboradores, sendo constituída por um total de 65 adjetivos (citado por Viana et al., 2001). Representa uma das medidas comumente mais utilizadas para avaliar estados emocionais e de humor, bem como, a variação dos mesmos. Foi construído originalmente com o propósito de ser aplicado no contexto psiquiátrico, contudo, a sua aplicação foi rapidamente difundida para contextos não clínicos. Pese embora o POMS não permita avaliar a dimensão fisiológica e comportamental das emoções, constitui uma medida de simples e breve aplicabilidade que possibilita avaliar os estados emocionais flutuantes e transitórios, aspetos que contribuem para a sua ampla utilização e aceitação (Viana, Almeida & Santos, 2001). São diversos os estudos que atestam a sua precisão, validade e sensibilidade, quer no contexto psiquiátrico quer no contexto não clínico [McNair et al. (1971, citado por Viana et al., 2001)]; (Norcross, Guadagnoli & Prochaska, 1984).

A sua utilização permite avaliar 6 estados de humor: D- Depressão-Melancolia, T- Tensão-Ansiedade, V- Vigor-Atividade, H- Hostilidade-Ira, C- Confusão-Desorientação e F- Fadiga-Inércia.

Em Portugal, uma primeira adaptação foi proposta por Cruz e Viana em 1993 (citado por Viana et al., 2001). Era constituída por 49 adjetivos, sendo utilizada em vários trabalhos de avaliação psicológica. Contudo, não existem trabalhos publicados da sua adaptação (Viana et al., 2001).

A utilização de uma versão mais reduzida do POMS começou a ser utilizada por autores como Raglin & Morgan em 1989 (citado por Viana et al., 2001). Neste estudo será utilizada a versão portuguesa da versão reduzida do POMS. Esta versão é composta



por adjetivos divididos em 36 itens, agrupados nas 6 dimensões supramencionadas (que determinam 6 estados de humor), sendo que, cada uma das dimensões é composta por 6 itens: Depressão-Melancolia (D)-só, triste, desencorajado, desanimado, infeliz e deprimido, Tensão-Ansiedade (T)-nervoso, ansioso, inquieto, impaciente, tenso e tranquilo, Vigor-Atividade (V)- vigoroso, enérgico, ativo, bem-disposto, alegre e animado, Hostilidade-Ira (H)- mal-humorado, furioso, aborrecido, irritado, enervado e com mau feitio, Confusão-Desorientação (C)- baralhado, desnortado, confuso, eficaz, competente e inseguro, e Fadiga-Inércia (F)- exausto, fatigado, cansado, sem energia, esgotado e estourado (Viana et al., 2001).

Esta escala, resultante do trabalho de validação de Miguel Viana e colaboradores em 2001, apresenta 6 itens adicionais (sem valor, inútil, culpado, miserável, imprestável e apático) provenientes da Escala de Desajuste ao Treino (*Training Distress Scale – TDS*, [Raglin & Morgan (1989, citado por Viana et al., 2001)]). Pertencem à escala de humor completa, contudo não pertencem à versão reduzida. Os itens adicionais associam-se com as subescalas de depressão, confusão e fadiga [Raglin & Morgan (1989, citado por Viana et al., 2001)]. A versão portuguesa reduzida do POMS (36 + 6 itens) resultou da exclusão de 7 itens da versão completa da escala, uma vez que a análise fatorial e a análise dos itens demonstrou que estes não cumpriam os critérios psicométricos estabelecidos (Viana et al., 2001).

Relativamente à análise da fiabilidade (consistência interna) da versão portuguesa reduzida do POMS, Viana e associados (2001) identificaram, para todas as subescalas, coeficientes *alpha* de Cronbach superiores a .70, que corroboram a ótima consistência interna do instrumento. Assim, e de modo geral, esta versão reduzida da escala apresenta características psicométricas bastante adequadas.

Cada adjetivo é avaliado numa escala de 5 valores (0-Nunca; 4-Muitíssimo). É avaliado o modo como o participante se sentiu ao longo de um intervalo de tempo (no presente estudo recorreu-se ao período de uma semana). Pontuações globais elevadas indicam níveis de humor mais negativos, sendo que pontuações globais mais baixas indicam níveis de humor mais positivos (Viana et al., 2001). A presente investigação considerou como pontos de corte os valores das tabelas normativas para ambos os géneros, propostas no estudo de Viana e colaboradores (2001), realizado com uma amostra de 373 indivíduos da população geral, de ambos os géneros, com idade média de 24,4 anos, composta maioritariamente por estudantes universitários. Contudo, estes pontos de corte são mais adequados para uma população de desportistas e praticantes de

exercício físico, pelo que a sua utilização em contextos diferentes requer um cuidado acrescido.

Embora os itens adicionais tenham sido utilizados por investigadores e psicólogos ligados à intervenção no desporto, foram considerados no presente estudo por fornecerem uma perspetiva mais completa do quadro de humor do indivíduo. Nesse sentido, as pontuações correspondentes à escala de desajuste ao treino serão cotadas e analisadas separadamente.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão-HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) - Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro e colaboradores, em 2007

A HADS (Zigmond & Snaith, 1983) é constituída por 14 itens, sendo que 7 itens avaliam sintomas de ansiedade e os restantes 7 itens avaliam sintomas de depressão. Apesar de ter sido desenvolvida primordialmente para ser utilizada em contexto médico, para o rastreio de perturbações em doentes com patologias de vários foros e apoiados em tratamento ambulatorio, é na atualidade amplamente utilizada na investigação e prática clínica para avaliar de modo breve os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas (Herrmann, 1997).

Snaith e Zigmond (1994, citado por Pais-Ribeiro et al., 2007) defenderam que a HADS é um instrumento que permite avaliar o estado atual do sujeito com enfoque na sua condição nos dias imediatamente anteriores. Embora a medida tenha o termo “hospitalar” na sua designação, a escala é válida quer no contexto clínico quer no contexto não clínico.

Diversos estudos desenvolvidos para a avaliação das qualidades psicométricas da HADS apontaram de modo consensual uma correlação elevada entre ansiedade e depressão, levando alguns autores (Herrmann, 1997) a questionar a possibilidade de a escala constituir uma medida unidimensional de *distress*. Contudo, outros defendem a estrutura bidimensional da escala tendo por base estudos psicométricos com amostras muito grandes (Mykletun, Stordal & Dahl, 2001).

Embora tenha surgido um conjunto de críticas formuladas sobre a eficácia da escala na destrição de estados ansiosos e depressivos (Coyne & Sonderen, 2012), a HADS continua a ser por muitos defendida como um instrumento de grande utilidade clínica. Salienta-se que a HADS, contrariamente a outro tipo de medidas, tem sido descrita como

especialmente preditiva dos níveis de morbilidade e mortalidade a um ano e a oito anos, em pacientes com síndrome coronário agudo, reconhecendo-se a subescala de depressão da HADS como detentora de características preditivas significativamente relevantes para o prognóstico (Doyle, Cosco & Conroy, 2012).

Os estudos de validade e precisão da versão portuguesa da HADS demonstraram propriedades psicométricas bastante adequadas no estudo de estados depressivos e ansiosos em populações clínicas, semelhantes às obtidas em estudos elaborados noutros países (Bjelland et al., 2002). Os valores de consistência interna identificados foram muito adequados (.76 na ansiedade e .81 na depressão), tendo a análise fatorial confirmatória desta versão suportado a solução bidimensional (Pais-Ribeiro et al., 2007).

As respostas são assinaladas de acordo com uma escala tipo Likert de 4 valores (0-Baixo; 3-Elevado), devendo o sujeito assinalar a resposta que mais se adapta ao modo como se tem sentido na última semana (Pais-Ribeiro et al., 2007). A pontuação final varia entre 0 e 21 para cada dimensão, sendo que pontuações mais baixas indicam baixos níveis de ansiedade e depressão, pelo que, pontuações elevadas apontam níveis elevados de ansiedade e depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Foram apontados pontos de corte por Philip Snaith (2003) para ambas as dimensões (HADS A-ansiedade e HADS D-depressão): pontuações situadas no intervalo de 0-7 indicam a ausência de caso, pontuações entre 8-10 indicam possibilidade de caso, pontuações situadas no intervalo 11-21 indicam presença de caso.

Contudo os referidos pontos de corte não foram especificamente determinados para a população portuguesa, pelo que, a presente investigação utilizou como ponto de corte (para cada dimensão) para a identificação de caso, o valor 11 (>11), utilizado nos estudos de validação da versão portuguesa da HADS desenvolvidos por Pais-Ribeiro e colaboradores, em 2007, conduzidos com uma larga amostra de sujeitos de ambos os géneros (n=1322), que apresentavam doença (e.g., cancro, epilepsia, diabetes, depressão, entre outras) e sujeitos saudáveis.

## **CAPÍTULO 2: RESULTADOS**

O capítulo dos resultados aqui iniciado reúne um conjunto de resultados considerados pertinentes para a presente investigação, cuja análise se baseou em diferentes metodologias, bem como um conjunto de tabelas e gráficos correspondentes.

Procedeu-se, primeiramente, à comparação dos grupos de estudantes de direito e de estudantes de medicina da Universidade de Lisboa admitidos no estudo, relativamente às características de base principais. Seguiram-se, posteriormente, as análises comparativas de ambos os grupos de estudantes relativamente às escalas e dimensões em estudo, bem como, quanto às associações entre as escalas e subescalas.

Antes de iniciar a descrição dos objetivos propostos neste capítulo, importa fazer a resenha de que, do total de protocolos/questionários inicialmente obtidos, foram excluídos:

- sujeitos cujos protocolos em diferentes provas psicométricas registavam um número importante de *missing-values* (especifique-se: ausência de resposta a alguns itens das escalas e/ou ausência de resposta a determinadas questões de natureza sociodemográfica, importantes para as conclusões do estudo);
- sujeitos cujos dados recolhidos através do questionário sociodemográfico impediam a sua participação no estudo por não caberem nos critérios de inclusão previamente estabelecidos para esta investigação;
- sujeitos que, embora tenham completado as diferentes provas psicométricas registavam uma ausência de assinatura do Consentimento Informado, condição imprescindível à participação no estudo, invalidando-a impreterivelmente.

### **2.1. Metodologias de Análise de Dados**

Começou-se por comparar os grupos de estudantes de direito e medicina da Universidade de Lisboa, relativamente às características de base principais e às escalas e dimensões em estudo, a nível descritivo (anexo 2). Construíram-se tabelas de cruzamento com frequências absolutas e percentagens por coluna para as variáveis qualitativas. Para as variáveis quantitativas apurou-se por grupo, estatísticas descritivas como a média, desvio-padrão, mediana, quartis, mínimo, máximo e N válido. Construíram-se

histogramas e diagramas de caixa e bigodes, para facilitar a visualização dos resultados (anexo 3). Embora cada grupo apresente apenas perto de 40 alunos, o presente capítulo será debatido essencialmente em termos de percentagens e de valores médios para mais facilmente comparar ambos os grupos.

Seguidamente, aplicaram-se testes de qui-quadrado de homogeneidade ou testes exatos de Fisher, de modo a analisar se os grupos de alunos de direito e medicina são homogêneos relativamente às diversas variáveis qualitativas em estudo (caraterísticas de base e escalas, subescalas ou dimensões recodificadas em classes). Complementarmente, calcularam-se os respetivos resíduos ajustados e estatísticas Phi, V de Cramer e coeficiente de contingência (anexo 4).

De modo a identificar diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos para variáveis quantitativas (escalas, subescalas ou dimensões), aplicaram-se testes *t* de diferenças de valores médios para amostras independentes ou, caso não se verificassem as condições de aplicabilidade desses testes *t* (normalidade das variáveis quantitativas em cada grupo e homogeneidade de variâncias entre grupos), testes não-paramétricos de Mann-Withney (anexo 5). Complementarmente, analisaram-se os intervalos de confiança (a 95% de confiança) sobre a média e a mediana ou sobre a diferença de médias ou medianas (anexo 5), de modo a verificar se indicam o mesmo tipo de resultados que os identificados com os testes *t* e/ou Mann-Withney.

Separadamente para cada grupo, analisaram-se ainda as correlações entre escalas e dimensões, aplicando-se coeficientes de correlação de Pearson e/ou de Spearman, conforme o mais adequado, de acordo com os testes de normalidade aplicados (anexos 6 e 7).

A presente investigação tomou como valores de correlação de referência o valor de 0.6 por se tratar de uma amostra pequena. Contudo são analisados alguns casos que apresentaram valores de correlação a 1% ou 5% (teste bilateral) com coeficiente de correlação superior ou igual a 0.5 mas inferior a 0.6 / inferior ou igual a -0.5 mas superior a -0.6. Tal acontece dado o carácter exploratório da investigação, que justifica a consideração de valores de correlação mais baixos e, essencialmente, por se apresentarem como resultados que podem ser importantes para as conclusões do estudo e para a realização de estudos futuros.

Sempre que necessário, considerou-se o nível de significância de 5% ou de 1%.

Finalmente, aplicaram-se modelos de moderação estimados, separadamente para cada grupo, de modo a identificar o efeito da interação entre variáveis. Foram testados vários modelos em cada grupo, contudo, apenas serão debatidas as implicações de um dos modelos analisados, por ser o único onde foram identificados *outputs* mais relevantes para as conclusões do estudo. Tomou-se a variável moderadora recodificada em categorias e construiu-se gráficos de dispersão entre a variável dependente e a variável independente, separadamente para cada grupo de indivíduos. Os pontos do gráfico são identificados pela categoria da variável moderadora, tendo sido estimadas retas de ajustamento por cada categoria.

Os *outputs* gerados considerados mais importantes encontram-se em anexo, sendo selecionados alguns dos mais pertinentes e construídas algumas tabelas e gráficos de resumo da informação, expostos nos subcapítulos que se seguem.

Importa neste contexto prévio à descrição dos resultados obtidos na comparação sobre as escalas e correspondentes fatores/ dimensões/subdimensões, adiante detalhados na secção dos resultados obtidos sobre a amostra global e sobre cada um dos grupos de estudantes, referir algumas considerações sobre determinadas opções metodológicas:

### TAS-20

Os resultados obtidos nas análises à TAS-20 são apresentados sob a forma de uma escala total (TAS-20 TOT) e três dimensões/fatores (F1-DIF; F2-DDF; F3-EOT).

Criou-se uma escala recodificada a partir dos valores obtidos no estudo de validação portuguesa. Foram criadas categorias a partir desses valores, tendo-se criado para a escala total as categorias: Alexitímico, Intermédio, e Não Alexitímico; e para cada dimensão/fator as categorias: Preservação do fator; Intermédio; e Prejuízo do fator.

### BVAQ

Os resultados obtidos nas análises ao BVAQ são expressos sob a forma de uma escala total (BVAQ TOT), duas dimensões/componentes (componente cognitiva e

componente afetiva) e cinco subdimensões- três para a componente cognitiva (V; I; A) e duas para a componente afetiva (E; F).

Criou-se uma escala recodificada a partir dos valores obtidos no estudo de validação portuguesa. A partir desses valores de referência foram criadas três categorias para ambas as componentes/dimensões (cognitiva e afetiva): Preservação da dimensão; Intermédio; e Prejuízo da dimensão. Foram igualmente criadas categorias para cada subdimensão: Preservação da subdimensão; Intermédio; e Prejuízo da subdimensão. Foram ainda criadas três categorias para a escala total: Alexitímico; Intermédio; e Não Alexitímico.

### PSS-10

Os resultados obtidos nas análises à PSS-10 são expressos sob a forma de uma escala global (PSS-10), não existindo dimensões/fatores.

Recodificou-se a escala global em duas categorias, obtidas de modo diferente para o género masculino e para o género feminino, com base no valor de corte estabelecido para a população portuguesa no estudo das propriedades psicométricas da escala: Perceção de *stress* normal; e Perceção de *stress* patológica.

### IRI

Os resultados obtidos nas análises ao IRI são expressos sob a forma de uma escala global (IRI TOT), duas dimensões (dimensão cognitiva da empatia e dimensão afetiva da empatia) e quatro subdimensões- uma para a dimensão cognitiva (Tomada de Perspetiva) e três para a dimensão afetiva (Desconforto Pessoal, Fantasia e Preocupação Empática).

Criou-se uma escala recodificada a partir dos valores obtidos no estudo de validação portuguesa. A partir desses valores de referência foram criadas duas categorias para a escala total: valores menores ou iguais que a mediana (indiciativas de níveis de empatia mais baixos) e valores maiores que a mediana (indiciativas de níveis de empatia mais elevados). Para ambas as dimensões (cognitiva e afetiva) foram igualmente criadas as mesmas categorias: valores menores ou iguais que a mediana (indiciativas de maior prejuízo da dimensão) e valores maiores que a mediana (indiciativas de maior preservação da dimensão).

## POMS

Os resultados obtidos nas análises ao POMS são expressos sob a forma de uma escala global (POMS TOT) e por seis dimensões (D; T; V; H; C; F). Existe ainda uma dimensão independente adicional- EDT.

Recodificou-se a escala a partir dos valores obtidos no estudo de validação portuguesa, obtidos de modo diferente para o género masculino e para o género feminino. A partir desses valores de referência foram criadas três categorias para a escala global: Humor Positivo; Intermédio; e Humor Negativo.

## HADS

Os resultados obtidos nas análises à HADS são expressos sob a forma de duas dimensões (HADS A- Ansiedade; HADS D-Depressão).

Criou-se uma escala recodificada a partir dos valores obtidos no estudo de validação portuguesa. A partir desses valores de referência foram criadas duas categorias para cada dimensão: Presença de Caso; e Ausência de Caso.

## **2.2. Resultados sobre a Amostra Global**

Neste subcapítulo serão resumidos e analisados os resultados das análises estatísticas (realizadas sobre a amostra global) considerados mais relevantes para as conclusões da presente investigação.

### **2.2.1. Estudo comparativo sobre as caraterísticas de base**

Ainda que a aplicação inicial do questionário sociodemográfico tenha possibilitado a recolha de diversos dados de natureza biográfica, dados relativos à história pregressa de doença do indivíduo e familiar, consumo de medicação, bem como historial de consumo de substâncias psicoativas, apenas serão incluídos nesta análise os dados (caraterísticas de base) cuja análise preliminar ao tratamento estatístico revelou como mais pertinentes para as conclusões do estudo.



Assim, quando comparados os alunos dos dois cursos em análise, direito e medicina, verificou-se que a nível das características de base (Tabela 3, Gráfico 1):

- A maioria de ambos os grupos, com especial relevo para o curso de direito, é do género feminino (59% dos alunos do curso de medicina inquiridos e 78% dos alunos do curso de direito);
- Todos os alunos do curso de direito são do 3º ano, enquanto os alunos de medicina frequentam maioritariamente o 2º ano (68%), sendo em seguida mais frequentemente do 5º ano (31%);
- A maioria dos alunos de direito declara encontrar-se num relacionamento (76%), versus apenas 46% dos alunos de medicina. Único aspeto onde foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras;
- A maioria dos alunos de direito não se encontra deslocada (63%), versus 46% dos alunos de medicina;
- A maioria dos alunos de ambos os grupos declara não tomar medicamentos (75% dos alunos de direito e 77% dos alunos de medicina), não ter um historial de doença familiar (78% e 69%, respetivamente), nem historial de consumo de drogas<sup>3</sup> (80% e 89%).

---

<sup>3</sup> Ao longo deste capítulo utilizar-se-á predominantemente o termo «drogas» para denominar o conjunto de substâncias psicoativas cujo potencial de atuação no Sistema Nervoso Central pode causar perturbações nos domínios cognitivo, comportamental e fisiológico. São neste âmbito considerados todos os opiáceos, substâncias sintéticas, cocaína, cannabis e álcool.

Tabela 3-- Características de base dos estudantes dos cursos de direito e medicina (frequências absolutas, % por coluna e valores-p dos testes de hipóteses aplicados)

		Direito		Curso Medicina		Valor-p <sup>(1)</sup>
		Freq	%	Freq	%	
Género	Feminino	31	77,5%	23	59,0%	0.094
	Masculino	9	22,5%	16	41,0%	
	Total	40	100,0%	39	100,0%	
Estar num relacionamento	Sim	30	75,0%	18	46,2%	0.012 <sup>(2)</sup>
	Não	10	25,0%	21	53,8%	
	Total	40	100,0%	39	100,0%	
Estar deslocado	Sim	15	37,5%	21	53,8%	0.178
	Não	25	62,5%	18	46,2%	
	Total	40	100,0%	39	100,0%	
Tomar algum medicamento	Sim	10	25,0%	9	23,1%	1.000
	Não	30	75,0%	30	76,9%	
	Total	40	100,0%	39	100,0%	
Historial de Doença Familiar	Sim	9	22,5%	12	30,8%	0.453
	Não	31	77,5%	27	69,2%	
	Total	40	100,0%	39	100,0%	
Historial de Consumo de Drogas	Sim	8	20,0%	4	10,3%	0.348
	Não	32	80,0%	35	89,7%	
	Total	40	100,0%	39	100,0%	

(1) Relativo a testes de qui-quadrado de homogeneidade ou testes exatos de Fisher

(2) Significativo para um nível de significância de 5%

Ainda quanto às características de base, ao aplicar-se testes de qui-quadrado de homogeneidade com vista a analisar se os grupos de estudantes de direito e de medicina são homogêneos relativamente a determinadas características, verifica-se que os mesmos são heterogêneos para algumas dimensões. Encontram-se assinalados a amarelo no anexo 4, os resultados para os quais se identificam diferenças potencialmente mais relevantes entre grupos a nível de percentagens (que correspondem também a resíduos ajustados mais pertinentes):

- Género: os estudantes de direito são do género feminino de modo ainda mais frequente que os de medicina (78% dos estudantes de direito e 59% dos de medicina);

- Estar deslocado: a maioria dos estudantes de direito não se encontra deslocada (63%), ao passo que, a maioria dos estudantes de medicina está deslocada (54%);
- Historial de consumo de drogas: 20% dos estudantes de direito e 10% dos alunos de medicina apresentam historial de consumo de drogas.

Gráfico 1 - Características de base dos estudantes dos cursos de direito e medicina (% por coluna)



Base: 40 estudantes de direito (FDUL) e 39 estudantes de medicina (FMUL)

### **2.2.2. Estudo comparativo sobre as perturbações de regulação emocional e empáticas e constructos associados**

Relativamente às perturbações da regulação emocional e empáticas e constructos possivelmente associados, medidos através das escalas psicométricas aplicadas, foram detetadas diferenças nos resultados para ambos os grupos.

A aplicação de testes de qui-quadrado de homogeneidade identificou diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudantes de direito e de medicina para:

- EOT, recodificada em 3 categorias, da TAS-20 relativo ao Padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado ( $p=0.002<0.05$ ), com os estudantes de direito a registarem mais frequentemente um Prejuízo de EOT (25% dos alunos de direito versus 3% dos de medicina);
- HADS D ( $M-W=434.500$ ,  $p=0.001$ ), com os alunos de direito a registarem médias superiores aos de medicina. O intervalo de confiança para a diferença de medianas de Hodges-Lehman [1.000 ; 4.000] é coerente com este resultado;
- PSS-10 ( $t=2.526$ ,  $p=0.014<0.05$ ;  $M-W U= 508.000$ ,  $p=0.008<0.05$ ), com os alunos de direito a registarem médias superiores aos de medicina. O intervalo de confiança para a diferença de medianas de Hodges-Lehman [1.000 ; 8.000] é coerente com este resultado.

Ainda quanto às escalas psicológicas, recodificadas em categorias, são assinalados a amarelo no anexo 4, os resultados para os quais se identificaram diferenças potencialmente relevantes entre grupos a nível de percentagens (que correspondem também a resíduos ajustados mais pertinentes):

- BVAQ E-Emocionalidade (3 cat.), com os estudantes de medicina a registarem níveis de prejuízo de modo ainda mais frequente que os de direito (68% dos estudantes de direito e 82% dos estudantes de medicina);
- PSS-10 (2 cat.), com a maioria dos estudantes de direito a registar uma perceção de *stress* patológica (63%), enquanto a maioria dos estudantes de medicina regista um nível de perceção normal de *stress* (56%).

Saliente-se ainda que, quando se analisam os intervalos de confiança a 95% para a média e para a mediana, identificou-se uma variável para a qual estes (os referidos intervalos) não se sobrepõem na comparação dos grupos, o que indicia diferenças potencialmente relevantes entre grupos: HADS D com intervalos de confiança a 95% para a mediana de [5.0;7.0] para os estudantes de direito e de [2.0;4.0] para os de medicina.

Estas diferenças significativas podem ser consultadas nos gráficos abaixo (3 e 4) e nos anexos 2 a 5, tendo-se ainda incluído uma representação gráfica dos níveis totais de alexitimia em ambos os grupos (Gráfico 2).

Gráfico 2 – TAS-20 Total - Padrão total de alexitimia, por Grupo de estudantes (%)

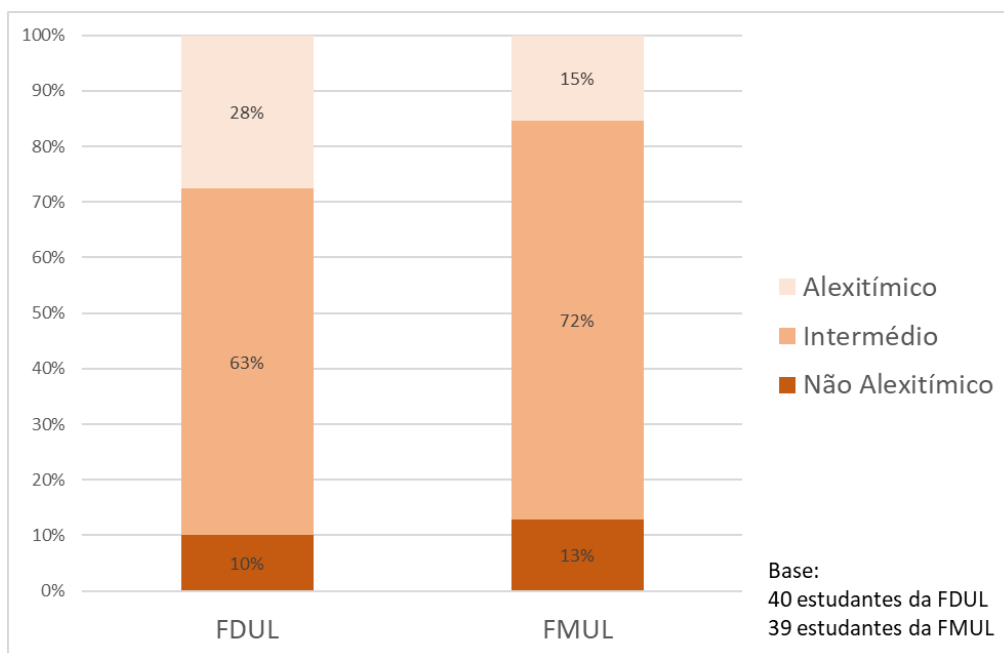


Gráfico 3- TAS-20 (F3-EOT) - Padrão de pensamento direcionado para o exterior/operacionalizado, por Grupo de estudantes (%)

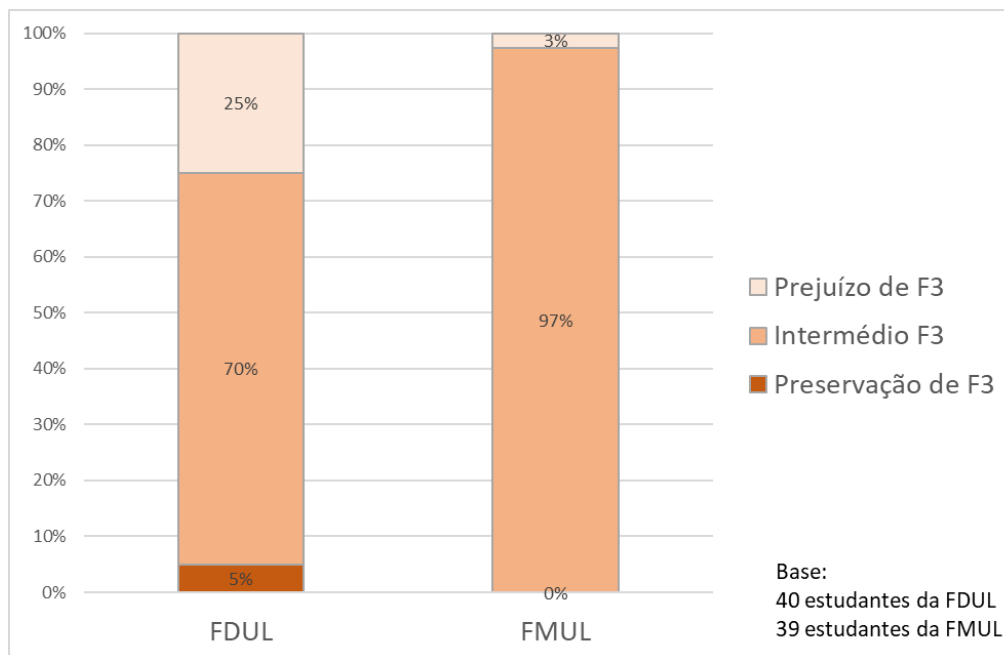
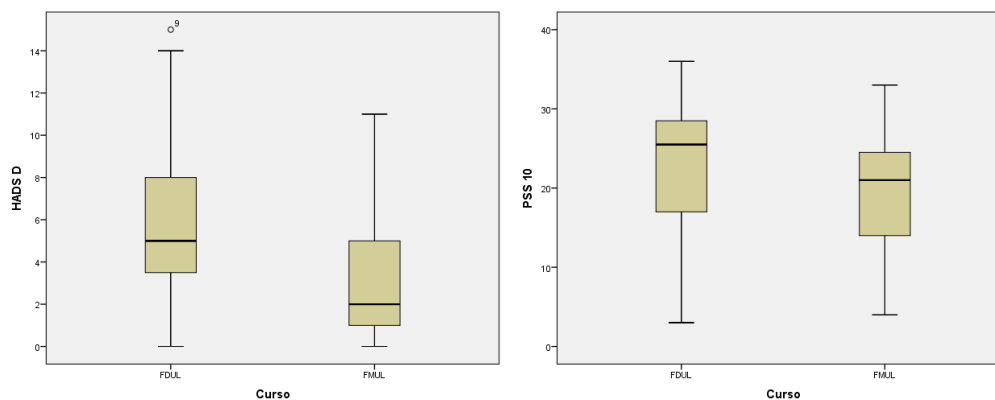


Gráfico 4 – Diagramas de Caixas e Bigodes de HADS D e PSS-10 por grupo



A análise da homogeneidade revelou ainda um conjunto de outras diferenças entre os grupos em análise (menos expressivas em termos de significância estatística, mas que se consideram relevantes para as conclusões do estudo), que abaixo se detalham para cada uma das escalas aplicadas. A análise abaixo realizada congrega todas as diferenças registradas, isto é, as mais significativas e as não tão expressivas a nível estatístico.

## Estudo comparativo entre grupos relativamente aos níveis de alexitimia (TAS-20 e BVAQ)

### TAS-20

De acordo com as normas portuguesas, a percentagem de não-alexitímicos em ambos os cursos é muito pequena (10% dos alunos de direito e 13% dos de medicina). Os alunos de direito inquiridos são mais frequentemente alexitímicos do que os de medicina (28% dos alunos de direito e 15% dos de medicina). A maioria de ambos os grupos encontra-se num nível intermédio de alexitimia, embora os alunos do curso de direito estejam menos frequentemente nesse nível intermédio de alexitimia do que os do curso de medicina (63% dos alunos de direito e 72% dos de medicina).

Ambos os grupos estudados concentram (com base nos padrões portugueses) igualmente, os seus resultados/maiores frequências em défices intermédios nas dimensões da escala. Das análises às referidas dimensões, resulta que os estudantes do curso de direito (comparativamente aos estudantes do curso de medicina) apresentam défices intermédios de modo ligeiramente mais frequente (80% dos alunos de direito e 79,5% dos alunos de medicina), bem como prejuízos mais frequentes (8% dos alunos de direito e 5% dos alunos de medicina) na capacidade de reconhecer sentimentos e em diferenciá-los das sensações corporais. Ainda que os alunos do curso de direito registem mais frequentemente prejuízos na capacidade de descrever sentimentos ao Outro (25%) comparativamente com os alunos do curso de medicina (15%), o último apresenta mais frequentemente défices intermédios nesta capacidade (62%) comparativamente ao primeiro (45%). Por fim, foram identificadas diferenças (este é o único ponto da escala onde foram identificadas diferenças estatisticamente significativas) em F3 EOT relativo ao Padrão de pensamento direcionado para o exterior ( $p=0.002<0.05$ ), com a amostra do curso de direito a registar com maior prevalência prejuízos no processamento cognitivo da emoção (pensamento operacionalizado) (25% dos alunos de direito e 3% dos alunos de medicina), sendo que os alunos do curso de medicina apresentam mais prevalentemente défices intermédios nesta capacidade (97% versus 70%).

Em termos de valores médios e medianas, não são registadas grandes diferenças entre os grupos. Ainda que, os estudantes do curso de direito apresentem valores médios e medianas superiores aos alunos do curso de medicina, para todos os fatores da escala portuguesa, sendo essa diferença mais importante ao nível da escala total.

## BVAQ

Das análises ao BVAQ (teste usado complementarmente à TAS-20) registou-se no BVAQ TOT uma maior prevalência de alexitimia no grupo de estudantes do curso de direito (83% alunos de direito versus 80% alunos de medicina) (padrão análogo ao identificado através da aplicação da TAS-20), pese embora tenham sido identificados valores médios ligeiramente superiores na amostra de estudantes de medicina, sendo essa diferença mais importante ao nível das medianas.

O estudo dos dois compostos que o constituem (afetivo e cognitivo) regista no composto cognitivo valores médios mais elevados na amostra de estudantes do curso de medicina (sendo a diferença mais importante ao nível das medianas). É ainda para este composto identificada uma maior prevalência de prejuízos na amostra de medicina (80% medicina versus 73% direito) e, de modo contraposto, uma maior prevalência de défices intermédios na amostra de direito (25% de direito e 15% de medicina). Para o composto afetivo a amostra de medicina apresenta igualmente prevalências superiores no seu prejuízo (77% dos alunos de medicina e 75% dos alunos de direito), sendo que o grupo de direito regista valores médios ligeiramente mais elevados e uma maior frequência de défices intermédios neste composto (23% de direito versus 18% de medicina).

Para as subdimensões analisadas, ambos os grupos concentram os seus resultados em valores indicativos do seu prejuízo, com exceção da subdimensão Verbalizar que concentra, em ambos os grupos, uma maior prevalência em défices intermédios. Especificamente, nas dimensões Emocionalidade, Fantasiar, Identificar e Analisar o grupo de medicina regista prejuízos de modo ainda mais frequente que o grupo de direito. Relativamente aos graus de défice intermédio, surgem com maior frequência no grupo de estudantes do curso de direito.

Particularmente na subdimensão Emocionalidade, os resultados salientaram diferenças potencialmente significativas entre grupos a nível de percentagens (que correspondem também a resíduos ajustados mais pertinentes), com os estudantes do curso de medicina a registar níveis de prejuízo de modo bastante mais frequente que os do curso de direito (68% dos estudantes de direito e 82% dos de medicina) (anexo 4). Esta é a única subdimensão em que são observadas diferenças mais importantes no seu prejuízo, bem como a inexistência da sua preservação (em ambos os grupos). Na subdimensão Verbalizar ocorre o panorama oposto, pelo que os alunos do curso de direito registam prejuízos mais frequentes na mesma (35% direito e 26% medicina), sendo que os



estudantes do curso de medicina alcançam mais frequentemente défices intermédios (62% medicina versus 48% direito).

Na generalidade os alunos do curso de direito registam valores médios ligeiramente superiores nas diferentes subdimensões, com exceção das subdimensões Identificar e Analisar, com os alunos de medicina a registar médias ligeiramente mais elevadas. A nível das medianas foram registadas diferenças mais importantes nas dimensões Verbalizar e Analisar.

Do estudo dos resultados do BVAQ resulta ainda que, contrariamente aos valores médios superiores registados na TAS-20 TOT na amostra de direito, o BVAQ TOT apresenta valores médios superiores na amostra de medicina. Contudo, e ainda que tal se verifique, esta escala salienta que os alunos do curso de direito se mostram mais frequentemente alexitímicos (informação concordante com o verificado com a TAS-20). Tal diferença em termos de valores médios acontece fundamentalmente devido ao facto de os alunos do curso de medicina concentrarem (por comparação com a amostra de estudantes de direito) prejuízos de modo mais frequente em todos os compostos da escala e em todas as suas subdimensões, com exceção da subdimensão Verbalizar, conforme anteriormente observado.

#### Estudo comparativo entre grupos relativamente aos níveis de *stress* percebido (PSS-10)

A análise dos resultados da PSS-10 ( $t=2.526$ ,  $p=0.014<0.05$ ; M-W  $U= 508.000$ ,  $p=0.008<0.05$ ), denota diferenças estatisticamente significativas, com os alunos do curso de direito a registarem médias superiores, comparativamente com a amostra de alunos do curso de medicina. O intervalo de confiança para a diferença de medianas de Hodges-Lehman [1.000 ; 8.000] é coerente com este resultado. Foram também identificadas diferenças potencialmente relevantes em termos de percentagens (que correspondem também a resíduos ajustados mais pertinentes) com a maioria dos estudantes de direito a registar uma percepção de *stress* patológica (63%), enquanto a maioria dos estudantes de medicina regista um nível de percepção de *stress* normal (56%).

### Estudo comparativo entre grupos relativamente aos níveis de empatia (IRI)

O estudo do IRI TOT salienta que a maioria dos alunos do curso de direito apresenta níveis médios totais de empatia mais baixos, comparativamente aos alunos do curso de medicina. São ainda identificadas, no grupo de estudantes de direito, maiores prevalências de níveis iguais ou inferiores à mediana obtida no estudo de validação portuguesa da escala, do que a amostra de estudantes do curso de medicina. Tais resultados ditam maiores prevalências de níveis mais baixos de empatia na amostra de direito.

Especificamente para a dimensão afetiva da empatia os alunos de direito registam mais frequentemente níveis mais baixos de empatia. Ainda que em termos médios a amostra de direito apresente, para esta dimensão, valores médios tenuemente superiores (37,3 de direito versus 37,2 de medicina), a análise das subdimensões que a subjazem denota que a amostra de direito reúne valores médios inferiores (comparativamente à amostra de medicina) no Desconforto Pessoal (DP) e na Preocupação Empática (PE), e apenas valores médios superiores na capacidade de Fantasiar (F). Para a dimensão cognitiva da empatia, o cenário inverte-se, com os alunos de medicina a registarem mais frequentemente níveis mais baixos de empatia. Contudo, em termos médios a amostra de estudantes do curso de direito manifesta valores médios inferiores à amostra do curso de medicina.

### Estudo comparativo entre grupos relativamente ao perfil de humor global (POMS)

A análise descritiva do POMS TOT regista valores médios consideravelmente superiores na amostra do curso de direito, sendo essa diferença mais importante ao nível das medianas. Assinala ainda, mais frequentemente, perfis de humor mais negativos no grupo de estudantes do curso de direito (53% dos alunos de direito e 44% dos alunos de medicina), sendo que a amostra de estudantes do curso de medicina regista com maior frequência perfis de humor intermédios (46% medicina versus 40% direito).

Em termos médios a amostra de estudantes de medicina (comparativamente à amostra de estudantes de direito) apresenta unicamente valores superiores nas dimensões Tensão-Ansiedade (T) e Vigor-Atividade (V). A análise descritiva dos resultados assinalou apenas diferenças mais importantes, em termos dos valores médios na dimensão Depressão-Melancolia (D) e na dimensão Fadiga-Inércia (F), pelo que na última, são

registadas maiores diferenças a nível das medianas (com direito a registar medianas superiores comparativamente à amostra de estudantes de medicina). Por fim, a dimensão EDT analisada separadamente, demonstra que o grupo de estudantes de direito regista valores médios superiores comparativamente ao grupo de estudantes de medicina.

#### Estudo comparativo entre grupos relativamente aos níveis de ansiedade e depressão (HADS)

O estudo das dimensões HADS-A e HADS-D aponta valores médios superiores no curso de direito, sendo que a HADS D ( $M-W=434.500$  ,  $p=0.001$ ) regista médias significativamente superiores nos alunos do curso de direito comparativamente aos alunos do curso de medicina. O intervalo de confiança para a diferença de medianas de Hodges-Lehman [1.000 ; 4.000] é coerente com este resultado.

Não existem diferenças relevantes entre os alunos de medicina e os alunos de direito quanto à distribuição da escala HADS D por ambas as categorias que as compõem, sendo que, praticamente a totalidade de ambos os cursos regista ausência de caso (95% de direito e 100% de medicina). Quanto à escala HADS A, a maioria de ambos os grupos regista valores abaixo de 11 e, portanto, ausência de caso. No entanto, a percentagem de inquiridos do curso de medicina regista uma ausência de caso mais frequente do que a percentagem correspondente para os inquiridos do curso de direito (74% de medicina e 65% de direito).

Os testes exatos de Fisher aplicados não identificam diferenças estatisticamente significativas nas distribuições de ambos os grupos, em nenhuma das duas variáveis

### **2.3. Resultados correlacionais sobre os instrumentos de medida aplicados por grupo de estudantes**

Separadamente para cada grupo de alunos, analisou-se se as diversas escalas, dimensões e subdimensões em estudo são correlacionadas de forma significativa entre si. Previamente, testou-se se as variáveis seguem uma distribuição normal e para as que seguem, calcularam-se coeficientes de correlação de Pearson. Para todas as variáveis, calcularam-se coeficientes de correlação de Spearman. Note-se que, as correlações (positivas e negativas) identificadas através do cálculo dos coeficientes de correlação de

Pearson devem ser consideradas como correlações mais fortes comparativamente às obtidas através do cálculo de coeficientes de correlação de Spearman, pelo facto de o primeiro apresentar uma potência de teste maior.

As tabelas que se seguem (tabelas 4 a 7) resumem os resultados dos anexos 6 e 7, apresentando as correlações (de Pearson e de Spearman), significativas a um n.s. de 1%, com coeficientes superiores a 0.6 a verde e inferiores a -0.6 a vermelho. As restantes correlações mais relevantes encontram-se identificadas a amarelo quando positivas ou a rosa quando negativas, de forma a ser possível identificar tendências que possam ser potencialmente importantes para estudos futuros, o que detalharemos ao longo deste capítulo. São ainda, neste âmbito analisadas algumas correlações cuja análise estatística identificou como baixas, mas que poderão apresentar algum valor contributivo no debate deste capítulo e conclusões do estudo.

Os resultados dos coeficientes de Pearson e de Spearman são coerentes dentro de cada grupo, sendo as diferenças registadas a nível da magnitude do valor calculado e do grau de significância.

### **2.3.1. Correlações sobre o grupo de estudantes de direito**

#### Estudo das relações entre as escalas de alexitimia

O estudo das relações entre as duas escalas de alexitimia utilizadas fez sobressair correlações negativas moderadas entre a TAS-20 TOT com o BVAQ TOT (correlação significativa a 5% - teste bilateral), e entre a capacidade de descrever sentimentos (TAS-20 F2) com o BVAQ TOT (correlação significativa a 1% - teste bilateral). Foram ainda identificadas correlações negativas fracas entre a capacidade de identificar sentimentos (TAS-20 F1) e o pensamento operacionalizado (TAS-20 F3) com a medida complementar de alexitimia total (BVAQ TOT).

Da análise das relações entre as duas escalas identificam-se somente correlações negativas significativas a 1% (embora com um coeficiente de correlação inferior ou igual a -0.5 mas superior a -0.6) entre F2-DDF e o composto cognitivo do BVAQ.

### Estudo das relações entre alexitimia e empatia

Na generalidade a medida de empatia (IRI) apenas registou correlações negativas fracas com alguns fatores/dimensões/subdimensões das medidas de alexitimia.

Foram identificadas correlações negativas fracas entre a medida total de empatia (IRI TOT) com o padrão de pensamento operacionalizado (TAS-20 F3) e com a capacidade de Fantasiar (BVAQ F).

Especificamente na dimensão afetiva da empatia, apenas se verificaram correlações negativas fracas com o padrão de pensamento operacionalizado (TAS-20 F3) e com a capacidade de Verbalizar emoções (BVAQ V).

Na dimensão cognitiva da empatia, foram identificadas correlações negativas fracas com a capacidade de identificar sentimentos (TAS-20 F1), com o padrão de pensamento operacionalizado (TAS-20 F3), com a escala total de alexitimia (TAS-20 TOT), com a capacidade de Fantasiar (BVAQ F) e com o composto afetivo da escala complementar de alexitimia (BVAQ).

### Estudo das relações entre *stress*, humor, ansiedade e depressão

A medida de *stress* percebido utilizada no presente estudo (PSS-10) encontra-se correlacionada positivamente e significativamente com a medida de humor (POMS-TOT) e com as dimensões desta (a dimensão C, que se assume significativa, foi identificada a 1% com um coeficiente de correlação superior ou igual a 0.5 mas inferior a 0.6). Esta medida está unicamente correlacionada de modo negativo (significativo do ponto de vista estatístico) com o POMS V.

A análise correlacional denotou ainda associações positivas fortes da medida de *stress* com as dimensões da ansiedade e depressão (HADS A e HADS D), ainda que estas tenham sido identificadas a 1% com um coeficiente de correlação superior ou igual a 0.5 mas inferior a 0.6.

Por fim, das análises à medida de humor utilizada, resultam correlações positivas importantes entre esta (POMS TOT) e a generalidade das suas dimensões, incluindo EDT (com exceção de V), com a medida de ansiedade e depressão (HADS A e HADS D).

### Estudo das relações entre alexitimia e empatia e avaliação subjetiva de *stress*, humor, ansiedade e depressão

Ainda que não tenham sido registadas associações negativas estatisticamente significativas entre as medidas de alexitimia e empatia, foram identificadas algumas correlações negativas fracas para alguns fatores/dimensões/subdimensões.

Relativamente às medidas de *stress*, humor, ansiedade e depressão, na sua generalidade, registam-se correlações significativas (positivas) entre si.

Quanto às relações das medidas de alexitimia com as restantes medidas, foram registadas associações positivas fracas entre a medida de alexitimia principal (TAS-20 TOT, F1-DIF e F2-DDF) com a medida subjetiva de *stress* percebido. A dimensão F3-EOT foi a única a associar-se negativamente (de modo fraco) com esta medida de *stress* percebido. A medida complementar de alexitimia (BVAQ TOT, subdimensões E, F, A e composto afetivo) associaram-se positivamente (de modo moderado) com a medida subjetiva de *stress*. As restantes subdimensões e o composto cognitivo associaram-se positivamente e de modo fraco com a referida medida.

Ainda relativamente às relações das medidas de alexitimia com outras medidas, foram registadas associações positivas fracas entre a medida de alexitimia principal (TAS-20 TOT e F2-DDF) com a medida subjetiva de humor total (POMS TOT) e associações moderadas entre a capacidade de identificar sentimentos (TAS-20 F1) com a referida medida de humor. A dimensão F3-EOT foi a única a associar-se negativamente (de modo fraco) com esta medida de humor total. Apenas foram registadas relações negativas fortes (ainda que a 1% com um coeficiente de correlação inferior ou igual a -0.5 mas superior a -0.6) entre a TAS-20 TOT e F1-DIF com a dimensão Vigor-Atividade (V) da medida de humor. Relativamente à dimensão EDT da medida de humor aplicada, apenas foram registadas associações negativas fracas desta com a dimensão do pensamento externamente orientado (F3-EOT).

A medida complementar de alexitimia (BVAQ TOT, respetivas subdimensões e componentes) associou-se positivamente (de modo fraco) com a medida subjetiva de humor total, com exceção da sua subdimensão Identificar (I) que se associou de modo negativo (correlação fraca) com o POMS TOT. Relativamente à dimensão EDT da medida de humor aplicada, foram registadas associações negativas fracas desta com a escala de alexitimia (BVAQ TOT, dimensão afetiva e com a generalidade das suas

subdimensões - E, V, A). Foram ainda para esta dimensão da escala de humor registadas associações negativas moderadas com a subdimensão I e composto cognitivo do BVAQ.

Por fim, foram registadas associações entre as medidas de alexitimia e a medida de ansiedade e depressão. Identificaram-se associações positivas fracas entre a medida de alexitimia principal (TAS-20 TOT e respetivos fatores) com a medida de depressão (HADS D). Quanto às associações registadas com a medida de ansiedade (HADS A) identificaram-se associações positivas fracas desta com a escala total de alexitimia (TAS-20 TOT) e com a capacidade de descrever sentimentos (TAS-20 F2), tendo-se ainda identificado associações positivas moderadas entre a referida medida de ansiedade e a capacidade de identificar sentimentos (TAS-20 F1). Apenas foram registadas associações negativas fracas entre a ansiedade com o pensamento operacionalizado (TAS-20 EOT) da escala principal de alexitimia. A dimensão da ansiedade (HADS A) mostrou-se ainda, negativamente associada (de modo fraco) com o domínio cognitivo do BVAQ e com as suas subdimensões Identificar (I) e Verbalizar (V). Todas as subdimensões da medida complementar de alexitimia relacionam-se positivamente (de modo fraco) com a dimensão da depressão (HADS D).

Quanto às relações da medida de empatia com as restantes medidas, foram registadas associações negativas fracas entre esta medida e os respetivos domínios (IRI TOT, afetivo e cognitivo) com a medida subjetiva de *stress* percebido (PSS-10).

Ainda relativamente à medida de empatia, foram identificadas associações negativas fracas entre esta medida e os respetivos domínios (IRI TOT, afetivo e cognitivo) com a medida subjetiva de humor total (POMS TOT) e POMS EDT.

Por fim, foram registadas associações negativas fracas entre esta medida e os respetivos domínios (IRI TOT, afetivo e cognitivo) com a medida de depressão (HADS D), associações positivas fracas entre o IRI TOT e o seu domínio afetivo (IRI Afetivo) com a dimensão da ansiedade (HADS A) e associações negativas fracas entre o IRI Cognitivo e esta dimensão.

As correlações estatisticamente significativas estão representadas nas tabelas 4 e 5 e figura 12 que se seguem. (Ver anexo 6).

Para comparação destas relações entre os grupos em estudo ver tabelas 8 a 11 da secção deste subcapítulo “Estudo comparativo das principais relações entre as medidas nos dois grupos”.

Tabela 4- Grupo de Alunos de Direito: Coeficientes de Correlação de Pearson superiores a 0.5 e inferiores a -0.5, significativas a n.s. 1%

		TAS20 F1 DIF	TAS20 F2	TAS20 F3	TAS20 TOT	BVAQ E	BVAQ F	BVAQ I	BVAQ V Verbalizar	BVAQ A	BVAQ Afetivo	BVAQ Cognitivo	PSS 10	IRI DP	IRI Afetivo	POMS T	POMS H	POMS F	POMS V	POMS TOT	HADS D
TAS-20 F2-DDF	Corr.	.634*																			
	Sig	.000																			
TAS-20 TOT	Corr.	.814*	.870**	.521**																	
	Sig	.000	.000	.001																	
BVAQ A	Corr.					.696**	.557**	.562**													
	Sig					.000	.000	.000													
BVAQ- Comp. Afetivo	Corr.					.870**	.855**			.729**											
	Sig					.000	.000			.000											
BVAQ-Comp. Cognitivo	Corr.		-.505**			.586**		.716**	.695**	.836**	.537**										
	Sig		.001			.000		.000	.000	.000	.000										
BVAQ TOT	Corr.					.802**	.629**	.657**	.507**	.898**	.832**	.915**									
	Sig					.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000									
IRI- Dom. Afetivo	Corr.													.688**							
	Sig													.000							
IRI TOT	Corr.													.554**	.943**						
	Sig													.000	.000						
POMS T	Corr.												.695**								
	Sig												.000								
POMS H	Corr.												.655**			.671**					
	Sig												.000			.000					
POMS F	Corr.												.643**			.651**					
	Sig												.000			.000					
POMS V	Corr.	-.527**			-.506**								.602**								
	Sig	.000			.001								.000								
POMS TOT	Corr.												.788**			.818**	.674**	.791**	-.632**		
	Sig												.000			.000	.000	.000	.000		
HADS D	Corr.												.573**			.504**		.562**	-.502**	.667**	
	Sig												.000			.001		.000	.001	.000	

A verde: Correlações significativas a 1% (teste bilateral) com coeficiente de correlação superior ou igual a 0.6

A vermelho: Correlações significativas a 1% (teste bilateral) com coeficiente de correlação inferior ou igual a -0.6

A amarelo/rosa: Correlações significativas a 1% ou 5% (teste bilateral) com coeficiente de correlação superior ou igual a 0.5, mas inferior a 0.6 / inferior ou igual a -0.5, mas superior a -0.6

\*\*. Correlação significativa a 1% (teste bilateral). \*. Correlação significativa a 5% (teste bilateral).



Tabela 5- Grupo de Alunos de Direito: Coeficientes de Correlação de Spearman superiores a 0.5 e inferiores a -0.5, significativas a n.s. 1%

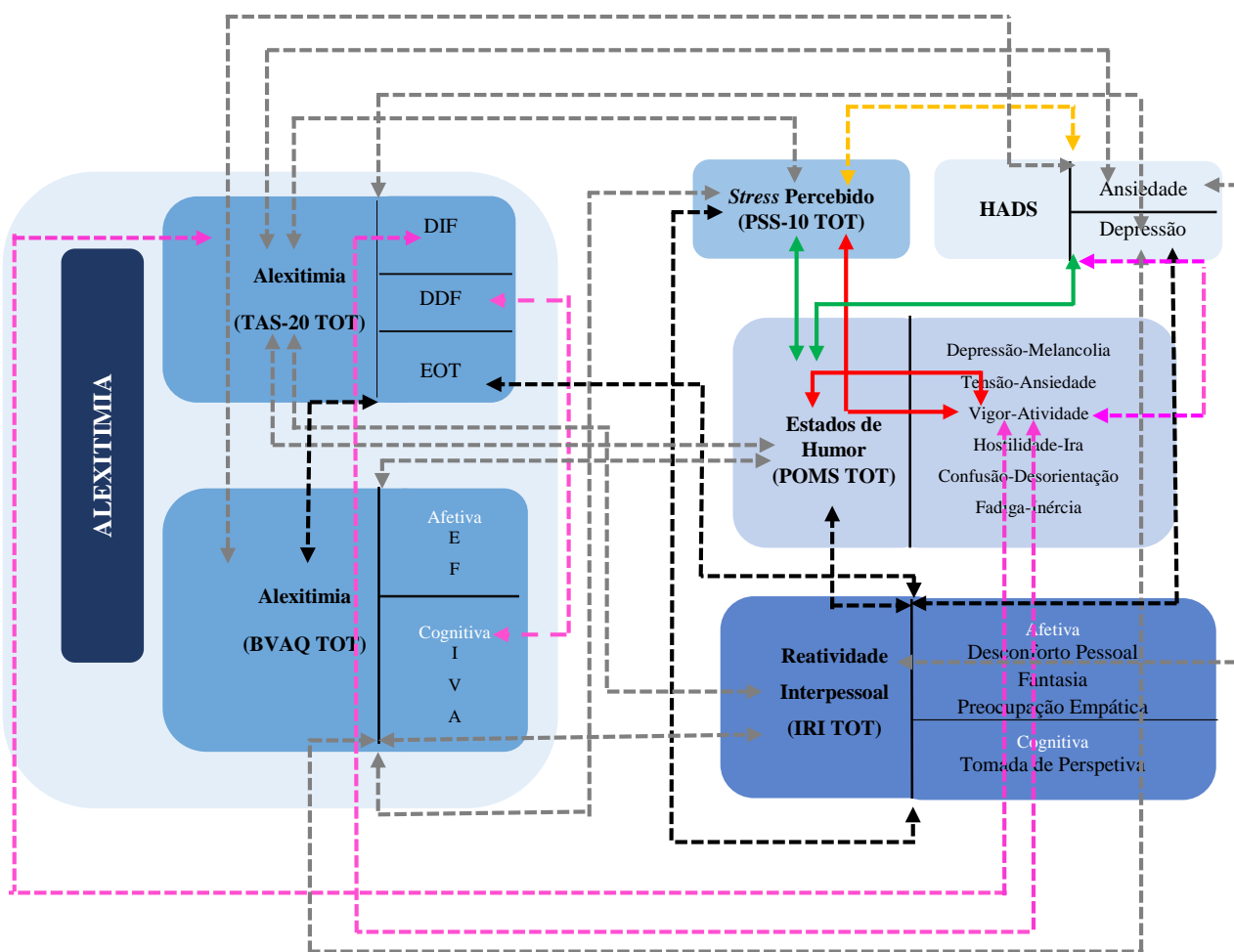
		TAS2 0 F1	TAS2 0 F2	TAS2 0 TOT	BVAQ E	BVAQ F	BVAQ I	BVAQ V	BVAQ A	BVAQ Afe.	BVAQ Cog.	PSS 10	IRI DP	IRI Afe.	POMS EDT	POMS T	POMS H	POMS F	POMS V	POMS C	POMS D	POMS TOT	HADS A	HADS D
TAS-20 F2	Corr.	.645**																						
	Sig.	.000																						
TAS-20 TOT	Corr.	.797**	.867**																					
	Sig.	.000	.000																					
BVAQ A	Corr.				.697**																			
	Sig.				.000																			
BVAQ- Comp. Afetivo	Corr.				.884**	.805**			.645**															
	Sig.				.000	.000			.000															
BVAQ-Comp. Cognitivo	Corr.		-.565**		.591**		.657**	.646**	.833**	.526**														
	Sig.		.000		.000		.000	.000	.000	.000														
BVAQ TOT	Corr.				.811**	.547**	.589**	.511**	.870**	.807**	.912**													
	Sig.				.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000													
PSS-10	Corr.									.525**														
	Sig.									.000														
IRI- Dom. Afetivo	Corr.												.654**											
	Sig.												.000											
IRI TO	Corr.													.917**										
	Sig.													.000										
POMS T	Corr.											.647**												
	Sig.											.000												
POMS H	Corr.															.641**								
	Sig.															.000								
POMS F	Corr.																.631**							
	Sig.																.000							
POMS V	Corr.	-.532**		-.510**																				
	Sig.	.000		.001																				
POMS C	Corr.															.577**								
	Sig.															.000								
POMS D	Corr.																							
	Sig.																							
POMS TOT-Total	Corr.																							
	Sig.																							
HADS A	Corr.																							
	Sig.																							
HADS D	Corr.																							
	Sig.																							

A verde: Correlações significativas a 1% (teste bilateral) com coeficiente de correlação superior ou igual a 0.6

A vermelho: Correlações significativas a 1% (teste bilateral) com coeficiente de correlação inferior ou igual a -0.6

A amarelo/rosa: Correlações significativas a 1% ou 5% (teste bilateral) com coeficiente de correlação superior ou igual a 0.5, mas inferior a 0.6 / inferior ou igual a -0.5, mas superior a -0.6

\*\*. Correlação significativa a 1% (teste bilateral). \*. Correlação significativa a 5% (teste bilateral).



#### Legenda:

- ↔ Correlações positivas fortes (significativas)
- ↔ Correlações negativas fortes (significativas)
- ⋯ Correlações positivas potencialmente significativas
- ⋯ Correlações negativas potencialmente significativas
- ⋯ Correlações positivas fracas e moderadas
- ⋯ Correlações negativas fracas e moderadas

Figura 12- Esquema de articulação das correlações relativas à associação entre variáveis da alexitimia (medidas pela TAS-20 e BVAQ) e as apreciações subjetivas de stress, humor global, ansiedade e depressão, no grupo de alunos de direito.

### **2.3.2. Correlações sobre o grupo de estudantes de medicina**

#### Estudo das relações entre as escalas de alexitimia

O estudo das relações entre as duas escalas de alexitimia utilizadas fez sobressair correlações negativas moderadas entre a TAS-20 TOT com o BVAQ TOT (correlação significativa a 1% - teste bilateral), entre a TAS-20 F1-DIF com o BVAQ TOT; entre a TAS-20 F2-DDF com o BVAQ TOT (correlação significativa a 1% - teste bilateral), e entre a TAS-20 F3-EOT com o BVAQ TOT (correlação significativa a 5% - teste bilateral).

Da análise das relações entre as duas escalas identificam-se somente correlações negativas significativas a 1% (embora com um coeficiente de correlação inferior ou igual a -0.5 mas superior a -0.6) entre F2-DDF e a TAS-20 TOT com a subdimensão Verbalizar (V) da escala complementar de alexitimia (BVAQ).

#### Estudo das relações entre alexitimia e empatia

Na generalidade a medida de empatia (IRI) apenas registou correlações negativas fracas e moderadas com alguns fatores/dimensões/subdimensões das medidas de alexitimia.

Foram identificadas correlações negativas fracas entre a medida total de empatia (IRI TOT) com a medida de alexitimia principal (TAS-20 TOT, F2-DDF e F3-EOT) e associações negativas moderadas com a capacidade de identificar sentimentos (TAS-20 F1). Quanto à medida complementar de alexitimia, observaram-se associações negativas fracas das suas subdimensões E, F, A e dimensão afetiva com a medida total de empatia (IRI TOT).

Especificamente na dimensão afetiva da empatia verificaram-se correlações negativas fracas com a escala principal de alexitimia (TAS-20 TOT, F2-DDF e F3-EOT), tendo-se apenas registado associações negativas moderadas com a capacidade de identificar sentimentos (TAS-20 F1). Relativamente à escala complementar de alexitimia (BVAQ) registaram-se associações negativas fracas com o composto afetivo e a capacidade de Fantasiar (F) e Analisar (A). Na dimensão cognitiva da empatia, foram identificadas correlações negativas fracas com a medida principal de alexitimia (TAS-20

TOT, F1-DIF, F2-DDF) e com a escala complementar de alexitimia (BVAQ TOT, respetivos compostos e subdimensões, exceto F que registou associações negativas moderadas).

#### Estudo das relações entre *stress*, humor, ansiedade e depressão

A medida de *stress* percebido utilizada no presente estudo (PSS-10) encontra-se correlacionada positivamente e significativamente com a medida de humor (POMS-TOT) e com as dimensões desta (com exceção da dimensão H, que apenas apresenta correlações moderadas, significativas a 1%). Esta escala está unicamente correlacionada de modo negativo (significativo do ponto de vista estatístico) com o POMS V.

A análise correlacional denotou ainda associações positivas moderadas entre a medida de *stress* com a medida de ansiedade e depressão. A associação registada com a dimensão da ansiedade (HADS A) apenas se mostrou significativa a 1% (correlação moderada, teste bilateral). Quanto à dimensão da depressão (HADS D) apenas foram registadas associações significativas a 5% (correlações moderadas).

Por fim, das análises à medida de humor resulta que esta (POMS TOT), bem como, as suas dimensões, incluindo a dimensão EDT (exceto V), apresentam associações positivas (moderadas a fortes) com as dimensões da ansiedade (HADS A) e depressão (HADS D).

#### Estudo das relações entre alexitimia e empatia e avaliação subjetiva de *stress*, humor, ansiedade e depressão

De modo semelhante ao padrão registado no grupo de estudantes de direito, não foram registadas associações estatisticamente significativas entre as medidas de alexitimia e empatia, tendo apenas sido identificadas algumas correlações negativas fracas e moderadas para alguns fatores/dimensões/subdimensões.

Relativamente às medidas de *stress*, humor, ansiedade e depressão, na sua generalidade, registaram-se correlações significativas (positivas) entre si (tal como observado no grupo de estudantes do curso de direito).

Quanto às relações das medidas de alexitimia com as restantes medidas, foram registadas associações positivas fracas entre a medida de alexitimia principal (TAS-20 TOT e F2-DDF) com a medida subjetiva de *stress* percebido, tendo-se ainda identificado associações positivas moderadas desta medida de *stress* com F1-DIF. A dimensão F3-EOT foi a única a associar-se negativamente (de modo fraco) com esta medida de *stress* percebido. A capacidade de Fantasiar (F), de Analisar (A) e o composto afetivo da medida complementar de alexitimia (BVAQ) apresentaram associações positivas moderadas com a medida subjetiva de *stress*. As restantes subdimensões, composto cognitivo e escala total apenas apresentaram associações positivas fracas com a referida medida, com exceção da subdimensão Verbalizar (V), que registou associações negativas fracas.

Ainda relativamente às relações das medidas de alexitimia com outras medidas, foram registadas associações positivas fracas entre a medida de alexitimia principal (TAS-20 TOT, F2-DDF e F3-EOT) com a medida subjetiva de humor total (POMS TOT). O fator F1-DIF registou associações positivas moderadas com esta medida de humor. Relativamente à dimensão EDT da medida de humor aplicada, foram registadas associações positivas fracas e moderadas com esta escala de alexitimia total e respetivos fatores.

A subdimensão Fantasiar (F) e composto afetivo da medida complementar de alexitimia (BVAQ) associaram-se positivamente e de modo moderado com a medida subjetiva de humor total (POMS TOT). As restantes subdimensões, composto cognitivo e escala total apresentaram associações positivas fracas com esta medida de humor, com exceção da sua subdimensão Verbalizar (V) que se associou de modo negativo (correlação fraca). Para a dimensão EDT da medida subjetiva de humor total, a escala complementar de alexitimia (BVAQ TOT, respetivas subdimensões e componentes) apresentou associações positivas fracas, com exceção da sua subdimensão Verbalizar (V) que se associou de modo negativo (correlação fraca). A dimensão Tensão-Ansiedade (T) da medida de humor aplicada foi a única a registar associações positivas estatisticamente significativas (com um coeficiente de correlação a 1% superior ou igual a 0.5, mas inferior a 0.6) com a capacidade de Fantasiar (F) e com o componente afetivo da escala complementar de alexitimia (BVAQ).

Por fim, foram registadas associações entre as medidas de alexitimia e a medida de ansiedade e depressão. Identificaram-se associações positivas fracas entre a medida principal de alexitimia (TAS-20 TOT, F2-DDF e F3-EOT) com a medida de ansiedade (HADS A). O fator F1-DIF desta medida de alexitimia associou-se positivamente e de

modo moderado com a ansiedade. Para a dimensão da depressão (HADS D) foram registadas associações positivas moderadas entre a escala de alexitimia total (TAS-20 TOT) e F1-DIF com esta dimensão. As restantes correlações identificadas entre estas duas medidas foram positivas fracas. Quanto à medida complementar de alexitimia (BVAQ), apenas as suas subdimensões Identificar (I) e Verbalizar (V) se mostraram negativamente associadas (de modo fraco) com a dimensão da ansiedade (HADS A). Para a dimensão da depressão (HADS D) todas as dimensões e subdimensões da medida complementar de alexitimia se relacionaram negativamente (de modo fraco) com esta, exceto as dimensões Fantasiar (F) e Analisar (A) que se associaram positivamente (de modo fraco).

Quanto às relações da medida de empatia com as restantes medidas, foram registadas associações negativas fracas entre esta medida e os respetivos domínios (IRI TOT, afetivo e cognitivo) com a medida subjetiva de *stress* percebido (PSS-10).

Ainda relativamente à medida de empatia, foram identificadas associações negativas fracas entre esta medida (IRI TOT) e o seu domínio cognitivo com a medida subjetiva de humor total (POMS TOT). O domínio afetivo da empatia registou associações positivas (fracas) com a medida de humor total aplicada. Quanto à dimensão complementar da escala de humor (EDT) apenas foram registadas associações negativas fracas desta com o domínio cognitivo da empatia e com a Preocupação Empática (PE).

Por fim, foram registadas associações negativas fracas entre esta medida e os respetivos domínios (IRI TOT, afetivo e cognitivo) com a dimensão da ansiedade (HADS A). Quanto às associações identificadas entre esta medida subjetiva de empatia e os respetivos domínios (IRI TOT, afetivo e cognitivo) com a dimensão da depressão (HADS D), foram registadas associações positivas fracas.

As correlações estatisticamente significativas estão representadas nas tabelas 6 e 7 e figura 13 que se seguem. (Ver anexo 7).

Para comparação destas relações entre os grupos em estudo ver tabelas 8 a 11 da secção deste subcapítulo “Estudo comparativo das principais relações entre as medidas nos dois grupos”.

Tabela 6- Grupo de Alunos de Medicina: Coeficientes de Correlação de Pearson superiores a 0.5 e inferiores a -0.5, significativas a n.s. 1%

		TAS20 F1 DIF	TAS20 F2 DDF	TAS20 F3 EOT	TAS20 TOT	BVAQ E	BVAQ F	BVAQ I	BVAQ V	BVAQ Comp. Afet	PSS 10	IRI DP	IRI F	IRI Dom. Afet.	IRI Dom. Cogn.	POMS T	POMS H	POMS F	POMS V	POMS C	POMS D	POMS TOT
TAS-20 F2- DDF	Corr.	.608**																				
	Sig.	.000																				
TAS-20 TOT	Corr.	.851**	.878**	.536**																		
	Sig.	.000	.000	.000																		
BVAQ F	Corr.					.501**																
	Sig.					.001																
BVAQ V	Corr.		-.588**		-.526**																	
	Sig.		.000		.001																	
BVAQ- Comp. Afetivo	Corr.					.821**	.905**	.532**														
	Sig.					.000	.000	.000														
BVAQ- Comp. Cognitivo	Corr.					.535**	.619**	.896**	.613**	.670**												
	Sig.					.000	.000	.000	.000	.000												
IRI- Dom. Afetivo	Corr.											.823**										
	Sig.											.000										
IRI TOT	Corr.											.797**		.933**	.646**							
	Sig.											.000		.000	.000							
POMS T	Corr.						.528**			.513**	.667**											
	Sig.						.001			.001	.000											
POMS F	Corr.										.640**	.554**				.661**	.578**					
	Sig.										.000	.000				.000	.000					
POMS V	Corr.										-.608*											
	Sig.										.000											
POMS C	Corr.										.704**					.634**	.577**	-.577**				
	Sig.										.000					.000	.000	.000				
POMS D	Corr.										.759**					.637**	.604**	-.629**	.700**			
	Sig.										.000					.000	.000	.000	.000			
POMS TOT	Corr.										.828**					.776**	.655**	.810**	-.689*	.811**	.877**	
	Sig.										.000					.000	.000	.000	.000	.000	.000	
HADS A	Corr.															.610**				.581**		.546**
	Sig.															.000			.000		.000	

A verde: Correlações significativas a 1% (teste bilateral) com coeficiente de correlação superior ou igual a 0.6

A vermelho: Correlações significativas a 1% (teste bilateral) com coeficiente de correlação inferior ou igual a -0.6

A amarelo/rosa: Correlações significativas a 1% ou 5% (teste bilateral) com coeficiente de correlação superior ou igual a 0.5, mas inferior a 0.6 / inferior ou igual a -0.5, mas superior a -0.6

\*\*. Correlação significativa a 1% (teste bilateral). \*. Correlação significativa a 5% (teste bilateral).

Tabela 7- Grupo de Alunos de Medicina: Coeficientes de Correlação de Spearman superiores a 0.5 e inferiores a -0.5, significativas a n.s. 1%

		TAS2 0 F1 DIF	TAS20 F2 DDF	TAS20 TOT	BVAQ E	BVAQ F	BVAQ I	BVAQ V	BVAQ A	BVAQ Comp.Afetiv o	BVAQ Comp. Cognitivo	PSS 10	IRI DP	IRI F	IRI Dom. Afetivo	IRI Dom. Cognitiv o	POMS EDT	POMS T	POMS H	POMS F	POMS V	POMS C	POMS D	POMS TOT	HADS A	HADS D
TAS-20 F2- DDF	Corr.	.532**																								
	Sig.	.000																								
TAS-20 TOT	Corr.	.831**	.837**																							
	Sig.	.000	.000																							
BVAQ V	Corr.		-.602**																							
	Sig.		.000																							
BVAQ A	Corr.				.612**	.758**	.665**																			
	Sig.				.000	.000	.000																			
BVAQ-Comp. Afetivo	Corr.				.815**	.861**			.804**																	
	Sig.				.000	.000			.000																	
BVAQ-Comp. Cognitivo	Corr.		-.519**	-.519**		.535**	.899**	.616**	.756**	.547**																
	Sig.		.001	.001		.000	.000	.000	.000	.000																
BVAQ TOT	Corr.				.624**	.739**	.794**		.843**	.814**	.898**															
	Sig.				.000	.000	.000		.000	.000	.000															
IRI-Dom. Afetivo	Corr.												.818**													
	Sig.												.000													
IRI TOT	Corr.												.753**		.932**	.674**										
	Sig.												.000		.000	.000										
POMS EDT	Corr.											.637**														
	Sig.											.000														
POMS T	Corr.											.646**														
	Sig.											.000														
POMS F	Corr.											.652**	.643**				.556**	.628**								
	Sig.											.000	.000				.000	.000								
POMS V	Corr.											-.591**														
	Sig.											.000														
POMS C	Corr.											.734**	.523**				.574**	.642**	.617**	-.581**						
	Sig.											.000	.001				.000	.000	.000	.000						
POMS D	Corr.											.758**					.637**	.639**	.510**	.598**	-.605**	.693**				
	Sig.											.000					.000	.000	.001	.000	.000	.000				
POMS TOT	Corr.											.827**					.663**	.740**	.639**	.776**	-.688**	.824**	.890**			
	Sig.											.000					.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000			
HADS A	Corr.											.578**					.535**	.631**				.643**		.593**		
	Sig.											.000					.000	.000				.000		.000		
HADS D	Corr.																				-.725**			.582**		
	Sig.																				.000		.000			

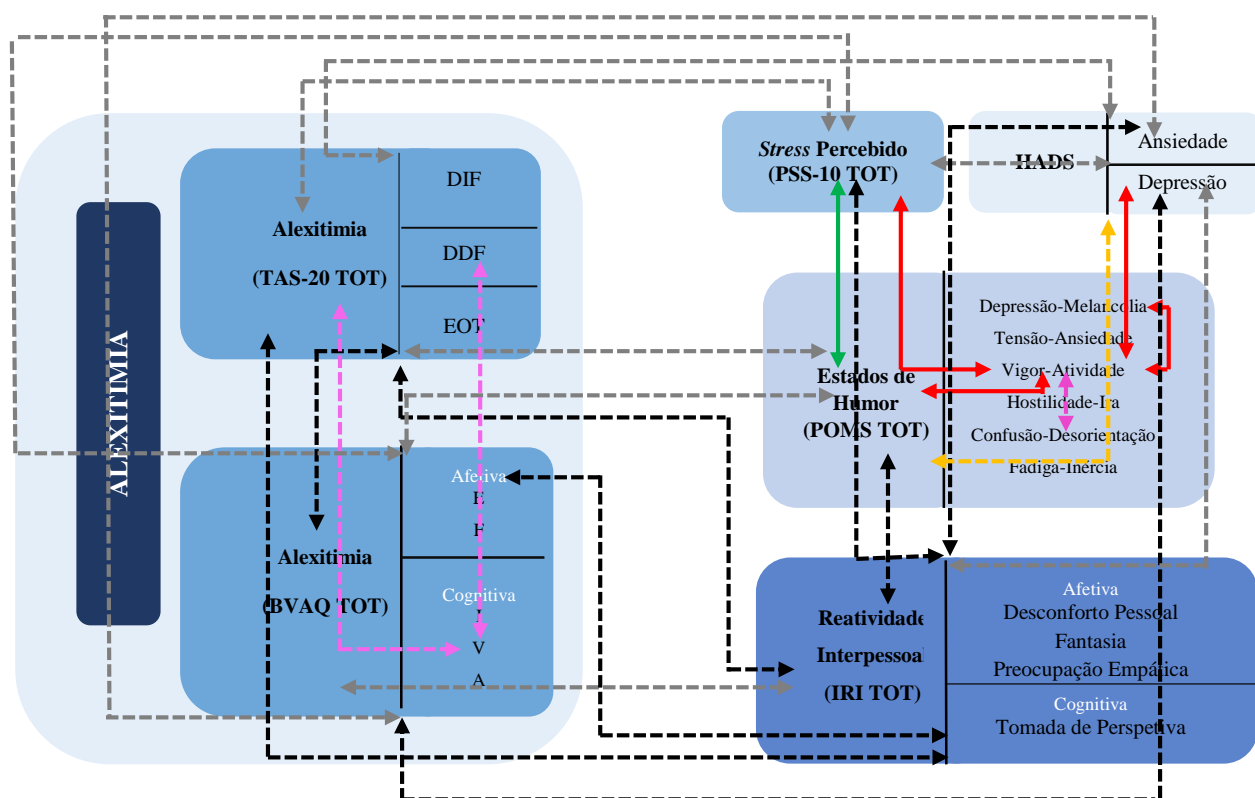
A verde: Correlações significativas a 1% (teste bilateral) com coeficiente de correlação superior ou igual a 0.6

A vermelho: Correlações significativas a 1% (teste bilateral) com coeficiente de correlação inferior ou igual a -0.6

A amarelo/rosa: Correlações significativas a 1% ou 5% (teste bilateral) com coeficiente de correlação superior ou igual a 0.5, mas inferior a 0.6 / inferior ou igual a -0.5, mas superior a -0.6

\*\*. Correlação significativa a 1% (teste bilateral). \*. Correlação significativa a 5% (teste bilateral).





#### Legenda:

- ↔ Correlações positivas fortes (significativas)
- ↔ Correlações negativas fortes (significativas)
- - - Correlações positivas potencialmente significativas
- - - Correlações negativas potencialmente significativas
- - - Correlações positivas fracas e moderadas
- - - Correlações negativas fracas e moderadas

Figura 13- Esquema de articulação das correlações relativas à associação entre variáveis da alexitimia (medidas pela TAS-20 e BVAQ) e as apreciações subjetivas de stress, humor global, ansiedade e depressão, no grupo de alunos de medicina.

### 2.3.3. Estudo comparativo das principais relações entre as medidas nos dois grupos

Ao longo desta secção são realizadas comparações sobre as duas amostras em estudo relativamente às relações entre as medidas psicométricas aplicadas, fazendo-se um levantamento das principais relações e conclusões.

#### Estudo das relações entre as escalas de alexitimia

*Tabela 8 – Síntese das correlações de Pearson e Spearman relativas às associações entre as medidas TAS-20 e o BVAQ nos dois grupos.*

Grupo de estudantes de Direito	Grupo de estudantes de Medicina
<p>Correlações negativas moderadas e fracas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a TAS-20 TOT com o BVAQ TOT (correlação moderada, significativa a 5% - teste bilateral);</li> <li>- a TAS-20 DIF e EOT com o BVAQ TOT (correlação fraca);</li> <li>- a TAS-20 DDF com o BVAQ TOT (correlação moderada, significativa a 1% - teste bilateral).</li> </ul>	<p>Correlações negativas moderadas e fracas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a TAS-20 TOT com o BVAQ TOT (correlação moderada, significativa a 1% - teste bilateral);</li> <li>- a TAS-20 DIF com o BVAQ TOT (correlação fraca);</li> <li>- a TAS-20 DDF com o BVAQ TOT (correlação moderada, significativa a 1% - teste bilateral);</li> <li>- a TAS-20 EOT com o BVAQ TOT (correlação moderada, significativa a 5% - teste bilateral).</li> </ul>
<p>Correlações negativas fortes entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a TAS-20 F2-DDF com o Composto Cognitivo do BVAQ.</li> </ul>	<p>Correlações negativas fortes entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a TAS-20 TOT e F2-DDF com o BVAQ V.</li> </ul>

**Ou seja, ambos os grupos (estudantes de direito e estudantes de medicina):**

Ambos os grupos estudados apresentaram um padrão de correlações negativas moderadas e fracas ligeiramente homogêneo entre as duas medidas de alexitimia aplicadas. Ambos apresentaram correlações negativas moderadas entre as medidas totais (TAS-20 TOT e BVAQ TOT), bem como correlações negativas moderadas e fracas entre os fatores da TAS-20 com a medida complementar de alexitimia total (BVAQ TOT).

Os grupos apenas se mostraram mais heterogêneos relativamente às correlações negativas fortes identificadas. O grupo de estudantes de direito apenas verificou associações negativas fortes entre a dificuldade em descrever sentimentos (TAS-20 DDF) e o composto cognitivo do BVAQ. Enquanto o grupo de estudantes de medicina verificou associações negativas fortes entre a medida principal de alexitimia total (TAS-20 TOT) e a dificuldade em descrever sentimentos (TAS-20 DDF) com a capacidade de verbalizar (BVAQ V).

## Estudo das relações entre alexitimia e empatia

*Tabela 9 – Síntese das correlações de Pearson e Spearman relativas às associações entre as variáveis alexitimia (TAS-20 e BVAQ) e empatia (IRI) nos dois grupos.*

Grupo de estudantes de Direito	Grupo de estudantes de Medicina
<p>Correlações negativas fracas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o IRI TOT com o EOT (TAS-20);</li> <li>- o IRI TOT com a F (BVAQ);</li> <li>- o IRI Afetivo com o EOT (TAS-20);</li> <li>- o IRI Afetivo com a V (BVAQ);</li> <li>- o IRI Cognitivo com a DIF e EOT (TAS-20);</li> <li>- o IRI Cognitivo com a TAS-20 TOT;</li> <li>- o IRI Cognitivo com a F (BVAQ);</li> <li>- o IRI Cognitivo com o BVAQ Composto Afetivo.</li> </ul>	<p>Correlações negativas moderadas e fracas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o IRI TOT com a TAS-20 TOT, F2-DDF e F3-EOT (correlação fraca);</li> <li>- o IRI TOT com o F1-DIF (correlação moderada, significativa a 5% - teste bilateral);</li> <li>- o IRI TOT com o BVAQ E, F, A e Composto Afetivo (correlação fraca);</li> <li>- o IRI Afetivo com a TAS-20 TOT, F2-DDF e F3-EOT (correlação fraca);</li> <li>- o IRI Afetivo com o F1-DIF (correlação moderada, significativa a 5% - teste bilateral);</li> <li>- o IRI Afetivo com o BVAQ F, A e Composto Afetivo (correlação fraca);</li> <li>- o IRI Cognitivo com a TAS-20 TOT, F1-DIF e F2-DDF (correlação fraca);</li> <li>- o IRI Cognitivo com o BVAQ TOT, dimensões e subdimensões (correlação fraca), (F significativa a 5% - teste bilateral, correlação moderada).</li> </ul>

<p><b>Ou seja, no grupo de direito:</b></p> <p>Uma maior alexitimia EOT/F parece associar-se a índices gerais menos positivos (mais baixos) de empatia pelo Outro.</p> <p>Especificamente, uma maior alexitimia indexada pelo EOT/V aparenta prejudicar a esfera afetiva da empatia. Ao passo que, uma maior alexitimia indexada pela DIF/EOT/F/Comp. Afetivo da alexitimia (BVAQ)/ alexitimia em geral (TAS-20 TOT) aparenta prejudicar a esfera cognitiva da empatia.</p>	<p><b>Ou seja, no grupo de medicina:</b></p> <p>Uma maior alexitimia DIF/DDF/EOT//TAS-20 TOT/E/F/A/Comp. Afetivo da alexitimia (BVAQ) parece associar-se a índices gerais menos positivos (mais baixos) de empatia pelo Outro.</p> <p>Especificamente, uma maior alexitimia indexada pela DIF/DDF/EOT//TAS-20 TOT/F/A/Comp. Afetivo da alexitimia (BVAQ) aparenta prejudicar a esfera afetiva da empatia. Ao passo que, uma maior alexitimia indexada pela alexitimia em geral (TAS-20 TOT e BVAQ/BVAQ TOT)/DIF/DDF aparenta prejudicar a esfera cognitiva da empatia.</p>
---	--

## Estudo das relações entre stress, humor, ansiedade e depressão

*Tabela 10 – Síntese das correlações de Pearson e Spearman relativas às associações entre as variáveis stress (PSS-10), humor (POMS) e ansiedade e depressão (HADS) nos dois grupos.*

<b>Grupo de estudantes de Direito</b>	<b>Grupo de estudantes de Medicina</b>
<p>Correlações positivas fortes entre:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- a PSS-10 com o POMS TOT;</li><li>- a PSS-10 com a HADS A e HADS D;</li><li>- o POMS TOT com a HADS A e HADS D.</li></ul>	<p>Correlações positivas moderadas e fortes entre:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- a PSS-10 com o POMS TOT (correlação forte);</li><li>- a PSS-10 com a HADS A (correlação moderada, significativa a 1% - teste bilateral) e HADS D (correlação moderada, significativa a 5% - teste bilateral);</li><li>- o POMS TOT com a HADS A e HADS D (correlação forte).</li></ul>
<p>Correlações negativas fortes entre:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- a PSS-10 com o POMS V;</li><li>- o POMS TOT com o POMS V;</li><li>- a HADS A e HADS D com o POMS V.</li></ul>	<p>Correlações negativas moderadas e fortes entre:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- a PSS-10 com o POMS V (correlação forte);</li><li>- o POMS TOT com o POMS V (correlação forte);</li><li>- a HADS D com o POMS V (correlação forte);</li><li>- a HADS A com o POMS V (correlação moderada, significativa a 5% - teste bilateral).</li></ul>

**Ou seja, em ambos os grupos (estudantes de direito e estudantes de medicina):**

Maiores índices de *stress* percebido parecem associar-se a perfis totais de humor mais negativos e a maiores sintomas de ansiedade e depressão. Também os perfis totais de humor mais negativos aparentam associar-se a maiores sintomas de ansiedade e depressão.

Tal como seria de esperar, a dimensão Vigor-Atividade (V) do humor relaciona-se de modo negativo com o *stress*, humor global e sintomas de ansiedade e depressão, por espelhar um estado/condição de humor caracterizada, entre outras, pela energia, atividade e boa disposição em geral, características que pela sua natureza se opõe, aos estados/condições incitadas pelas anteriores.

Estudo das relações entre alexitimia e empatia e avaliação subjetiva de *stress*, humor, ansiedade e depressão

*Tabela 11 – Síntese das correlações de Pearson e Spearman relativas às associações entre as variáveis alexitimia (TAS-20 e BVAQ) e empatia (IRI) com o stress (PSS-10), humor (POMS) e ansiedade e depressão (HADS) nos dois grupos.*

Grupo de estudantes de Direito	Grupo de estudantes de Medicina
<p>Correlações positivas moderadas e fracas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a TAS-20 TOT, DIF e DDF com a PSS-10 (correlação fraca);</li> <li>- o BVAQ TOT, dimensões e subdimensões com a PSS-10 (estão neste ponto englobadas associações moderadas e fracas);</li> <li>- a TAS-20 TOT e F2-DDF com o POMS TOT (correlação fraca);</li> <li>- a TAS-20 F1-DIF com o POMS TOT (correlação moderada, significativa a 5% - teste bilateral);</li> <li>- o BVAQ TOT, dimensões e subdimensões (exceto I) com o POMS TOT (correlação fraca);</li> <li>- a TAS-20 TOT e fatores com a HADS D (correlação fraca);</li> <li>- a TAS-20 TOT e F2-DDF com a HADS A (correlação fraca);</li> <li>- a TAS-20 F1-DIF com a HADS A (correlação moderada, significativa a 5% - teste bilateral);</li> </ul>	<p>Correlações positivas moderadas e fracas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a TAS-20 TOT e F2-DDF com a PSS-10 (correlação fraca);</li> <li>- a TAS-20 F1-DIF com a PSS-10 (correlação moderada, significativa a 5% - teste bilateral);</li> <li>- o BVAQ TOT, dimensões e subdimensões (exceto V) com a PSS-10 (estão neste ponto englobadas associações moderadas e fracas);</li> <li>- a TAS-20 TOT, F2-DDF e F3-EOT com o POMS TOT (correlação fraca);</li> <li>- a TAS-20 F1-DIF com o POMS TOT (correlação moderada, significativa a 5% - teste bilateral);</li> <li>- o BVAQ TOT, dimensões e subdimensões (exceto V) com o POMS TOT (estão neste ponto englobadas associações moderadas e fracas);</li> <li>- a TAS-20 TOT, F2-DDF e F3-EOT com a HADS A (correlação fraca);</li> <li>- a TAS-20 F1-DIF com a HADS A (correlação moderada, significativa a 5% - teste bilateral);</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- o BVAQ TOT, dimensões e subdimensões com a HADS D (correlação fraca);</li> <li>- o IRI TOT e IRI Afetivo com a HADS A (correlação fraca).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a TAS-20 F1-DIF e F3-EOT com a HADS D (correlação fraca);</li> <li>- a TAS-20 TOT e F2-DDF com a HADS D (correlação moderada, significativa a 5% - teste bilateral);</li> <li>- o BVAQ TOT, dimensões e subdimensões (exceto I e V) com a HADS A (correlação fraca);</li> <li>- o BVAQ F e A com a HADS D (correlação fraca);</li> <li>- o IRI Afetivo com o POMS TOT (correlação fraca);</li> <li>- o IRI TOT, IRI Afetivo e IRI Cognitivo com a HADS D (correlação fraca).</li> </ul>
<p>Correlações negativas fracas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a TAS-20 EOT com a PSS-10;</li> <li>- a TAS-20 EOT com o POMS TOT;</li> <li>- o BVAQ I com o POMS TOT;</li> <li>- a TAS-20 EOT com a HADS A;</li> <li>- o BVAQ I, V e Composto Cognitivo com a HADS A;</li> <li>- o IRI TOT e dimensões com a PSS-10;</li> <li>- o IRI TOT e dimensões com o POMS TOT;</li> <li>- o IRI TOT e dimensões com a HADS D.</li> </ul>	<p>Correlações negativas fracas entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a TAS-20 EOT com a PSS-10;</li> <li>- o BVAQ V com a PSS-10;</li> <li>- BVAQ V com o POMS TOT;</li> <li>- o BVAQ I e V com a HADS A;</li> <li>- o BVAQ Composto Cognitivo e Afetivo com a HADS D;</li> <li>- o BVAQ E, I e V com a HADS D;</li> <li>- o IRI TOT e IRI Cognitivo com o POMS TOT;</li> <li>- o IRI TOT e dimensões com a HADS A.</li> </ul>

**Observações:**

Nem todas as associações registadas alcançaram significância estatística, tendo ainda existido determinadas correlações inesperadas, particularmente entre as escalas de alexitimia e empatia com as restantes. Não obstante, o aumento dos níveis de *stress*, humor (níveis de humor mais negativos) e dos sintomas de ansiedade ou depressão parece pronunciar o aumento das restantes (entre si). Esta inferência é confirmada pelo registo de correlações significativas entre as diferentes escalas que as subjazem. Foram ainda registadas associações entre alguns domínios da alexitimia (positivas) e da empatia (negativas) com a generalidade das referidas variáveis. Assim, a relação observada entre maior alexitimia-menor empatia aparenta ser, em parte, mediada pelo *stress*, humor e sintomas de ansiedade e depressão.

## 2.4. Efeitos de moderação por grupo de estudantes

Separadamente para cada grupo de alunos, analisou-se o efeito da interação entre as diversas variáveis. Foram testados diversos modelos em cada grupo, sendo que cada modelo apresenta uma variável dependente e três variáveis independentes, na medida em que a interação entre a variável explicativa e a variável moderadora constitui uma variável extra a considerar. A identificação do grupo poderia ter sido introduzida como variável categórica nos modelos, mas viria a sobrecarregar o modelo, ao acrescentar-se uma variável dummy a um modelo já com um número elevado de variáveis.

Com efeito, a dimensão amostral de 39 e 40 respetivamente para os grupos de estudantes de medicina e direito é pequena e pode levar a que os resultados obtidos sejam pouco fiáveis. No entanto, dado que as amostras selecionadas são de conveniência, não se pretendeu fazer inferência estatística logo à partida. Assim, prosseguiu-se com a estimação dos modelos separadamente para cada grupo de inquiridos (numa ótica de exploração dos dados e como forma de testar as metodologias para estudos futuros com amostras maiores), tendo-se identificado apenas um modelo onde foram registados dados mais relevantes para as conclusões do estudo. Este modelo utilizou com variável dependente os sintomas depressivos (medidos pela HADS D), como variável explicativa a alexitimia (medida pela TAS-20 TOT) e como variável moderadora o *stress* percebido (medido pela PSS-10).

Os resultados da estimação deste modelo demonstraram a ausência de um  $R^2$  aceitável, para o que em parte poderá contribuir a fraca dimensão amostral.

Os valores do teste de Durbin-Watson que testa a autocorrelação entre os resíduos são aceitáveis, bastante próximos do valor 2.

Apesar de não se pretender extrapolar os resultados obtidos, os testes  $t$  sobre os coeficientes do modelo são uma forma útil de identificar as variáveis mais associadas à variável dependente.

De modo geral a aplicação do modelo fez sobressair comportamentos diferentes na associação entre a variável dependente e a independente, consoante os níveis das variáveis moderadoras, em cada grupo e comparando os dois grupos de indivíduos. Por exemplo, num mesmo grupo de inquiridos, a variável dependente é mais sensível a variações da variável independente em diferentes níveis da variável moderadora, o que se reflete no declive de uma das retas ser mais acentuado do que noutra.

Os resultados da aplicação deste modelo encontram-se no anexo 8

#### **2.4.1. Efeitos de moderação sobre o grupo de estudantes de direito**

O modelo analisado testa a relação da alexitimia com os sintomas de depressão, bem como se os níveis de *stress* percebido moderam esta relação.

A aplicação deste modelo fez sobressair que os sintomas depressivos estão positivamente relacionados com a alexitimia, embora a associação entre as duas variáveis não seja muito relevante. Isto sugere que os sintomas de depressão aumentam ligeiramente com o aumento dos níveis de alexitimia, contudo esta resposta da depressão mostra-se pouco sensível a variações dos níveis totais de alexitimia.

Com base neste modelo a relação verificada entre os sintomas depressivos e a alexitimia é igual no grupo de alunos que obteve pontuações normais de *stress* e no grupo de alunos que obteve pontuações patológicas de *stress*.

Adicionalmente também se verificou nas duas categorias analisadas (perceção normal de *stress* e perceção patológica de *stress*) uma relação/influência positiva entre os níveis de *stress* e os sintomas de depressão, embora os alunos que registaram níveis patológicos de *stress* obtenham sistematicamente maiores sintomas depressão. Contudo, os níveis de *stress* percebido não ajudam a explicar a relação entre a alexitimia e os sintomas depressivos. Por fim, o *stress* também não afeta a direção ou a força da relação entre a variável dependente e a variável independente.

#### **2.4.2. Efeitos de moderação sobre o grupo de estudantes de medicina**

O modelo analisado testa a relação da alexitimia com os sintomas de depressão, bem como se os níveis de *stress* percebido moderam esta relação.

A aplicação deste modelo fez sobressair, para ambos os grupos de alunos (alunos com índices normais de *stress* e alunos com índices patológicos de *stress*), que os sintomas depressivos estão positivamente relacionados com a alexitimia, embora a associação entre as duas variáveis não seja muito relevante. Isto sugere que os sintomas de depressão aumentam ligeiramente com o aumento dos níveis de alexitimia.

Contudo, a aplicação deste modelo denotou que a relação verificada entre os sintomas depressivos e a alexitimia é diferente (em termos de sensibilidade dos sintomas de depressão a variações nos níveis de alexitimia) no grupo de alunos que obteve pontuações normais de *stress* e no grupo de alunos que obteve pontuações patológicas de *stress*. Especificamente o grupo de alunos que obteve pontuações patológicas de *stress*,

exibe uma resposta da depressão bastante sensível a variações nos níveis de alexitimia. Isto é, para este grupo de alunos, pequenas variações nos níveis totais de alexitimia originam grandes alterações nos sintomas de depressão. Paralelamente, o grupo de alunos que obteve pontuações normativas de *stress*, exibe uma resposta da depressão pouco sensível a variações dos níveis totais de alexitimia.

Adicionalmente também se verificou, no grupo de alunos que registou uma percepção de níveis patológicos de *stress*, uma relação/influência positiva forte entre os níveis de *stress* e os sintomas de depressão, bem como uma forte influência dos níveis de *stress* na relação observada entre os sintomas depressivos e a alexitimia.

Para níveis mais baixos de alexitimia, não foram registadas grandes diferenças em termos de comportamento da variável dependente (sintomas de depressão).

Assim, os níveis patológicos de *stress* percebido ajudam a explicar a relação entre a alexitimia e os sintomas de depressão. Por fim, índices patológicos de *stress* afetam a força da relação entre a variável dependente e a variável independente, não afetando, contudo, a sua direção.

### CAPÍTULO 3: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da presente investigação apontam importantes diferenças entre os dois grupos em estudo. Tais diferenças surgem a nível das características de base (sobretudo a nível do género, ano frequentado, ausência de deslocação da residência habitual e, fundamentalmente, a nível da presença de relacionamento amoroso), bem como a nível das escalas psicológicas em estudo. As diferenças registadas nas escalas aplicadas denunciam o diferente modo como os dois grupos em estudo contactam com os sentimentos subjetivos, processam e respondem aos fenómenos emocionais do Outro, com recurso às competências empáticas.

O conjunto de instrumentos aplicados, na globalidade, faz sobressair maiores défices cognitivos-experienciais a nível emocional e empáticos no grupo de estudantes de direito, comparativamente ao grupo de estudantes de medicina. Todavia, naturalmente que só a aplicação de um desenho de estudo de cariz longitudinal poderia sustentar com maior fiabilidade a natureza de traço do constructo da alexitimia, através do autorrelato nesta população. Além disso, somente com um estudo adicional ou com outro desenho experimental poderia ser analisado o valor preditivo dos dados, isto é, o grau com que os resultados da presente investigação preveem o comportamento futuro dos indivíduos em análise. Assim sendo, as formulações e a discussão dos resultados aqui exposta será conduzida sobre o prisma das associações positivas e negativas, bem como dos efeitos de moderação, que as diversas variáveis estabelecem entre si.

Debatendo e respondendo às principais hipóteses formuladas para a presente investigação, sempre sob a consciência de que carecemos de estudos suficientes para confirmar as hipóteses anteriormente levantadas, este segmento será conduzido sobre a perspetiva de que se pretende fundamentalmente caracterizar os dois grupos no que concerne a padrões de regulação emocional, designadamente, níveis de alexitimia, níveis de empatia e presença de afeto negativo (ansiedade, depressão, humor geral e *stress*). Não obstante, parece provável que:

#### Hipótese 1(a)

O grupo de estudantes de direito apresenta maiores prevalências e graus mais elevados de alexitimia, caracterizados por dificuldades na identificação e expressão de emoções e por um pensamento preeminente externamente orientado.

A hipótese foi confirmada, tendo-se registado maiores prevalências e graus mais elevados de alexitimia (TAS-20) no grupo de estudantes de direito em todos os fatores analisados, apresentando um prejuízo particularmente mais evidente no seu padrão de pensamento.

#### Hipótese 1(b)

O grupo de estudantes de direito apresenta défices mais significativos de capacidade empática global.

A hipótese foi parcialmente confirmada, pois embora tenha sido registado um prejuízo mais frequente das capacidades empáticas globais (IRI TOT), bem como uma diferença média relativamente às mesmas entre os grupos em estudo (com o grupo de direito a registar prejuízos mais frequentes e valores médios ligeiramente mais baixos), essa diferença média foi muito reduzida.

#### Hipótese 1(c)

O grupo de estudantes de direito apresenta menor capacidade empática global, devido aos níveis mais elevados de alexitimia, menor consciência emocional, níveis de humor mais negativos e maiores índices de *stress* e de sintomas de ansiedade e depressão.

A hipótese foi confirmada relativamente ao facto de os estudantes de direito apresentarem menor capacidade empática global, sendo que essa diferença se revela quer a nível da prevalência quer a nível do grau (pese embora tenham sido registadas diferenças médias pouco relevantes). Quanto à influência dos níveis de alexitimia, consciência emocional, humor, *stress* e sintomas de ansiedade e depressão, o mais adequado será analisá-la sobre o prisma das associações estabelecidas. Ainda que tenham sido registados numa maior prevalência no grupo de estudantes de direito níveis mais elevados de alexitimia e menor consciência emocional (TAS-20), perfil de humor mais negativo, maiores índices de *stress* e maiores sintomas de ansiedade e depressão, a análise correlacional entre as escalas não registou associações negativas significativas da escala de empatia com nenhuma das outras escalas (embora tenham sido identificadas correlações negativas fracas, para este grupo de estudantes, entre a medida total de empatia (IRI TOT) com o padrão de pensamento operacionalizado (TAS-20 F3), com a capacidade de Fantasiar (BVAQ F), com o *stress* percebido (PSS-10), humor global (POMS TOT) e com os sintomas depressivos (HADS D)).

### Hipótese 2

Em ambos os grupos, níveis elevados de alexitimia correlacionam-se negativamente com a empatia, especialmente com a dimensão afetiva da empatia.

Os dados resultantes da análise correlacional não sustentam na íntegra esta hipótese. Para o grupo de estudantes de direito apenas foram registradas correlações negativas fracas entre a medida total de empatia (IRI TOT) com o padrão de pensamento operacionalizado (TAS-20 F3) e com a capacidade de Fantasiar (BVAQ F). A dimensão afetiva da empatia, concretamente, apenas manifestou correlações negativas fracas com o padrão de pensamento operacionalizado (TAS-20 F3) e com a capacidade de Verbalizar emoções (BVAQ V). Para o grupo de medicina registaram-se apenas correlações negativas fracas entre a medida total de empatia (IRI TOT) e a sua dimensão afetiva, com a escala total de alexitimia (TAS-20 TOT), a capacidade de descrever sentimentos (TAS-20 F2), o pensamento exteriorizado (TAS-20 F3), e com o composto afetivo e subdimensões Fantasiar, Analisar e Emocionalidade da escala complementar de alexitimia (BVAQ). Foram ainda para este grupo, identificadas associações negativas moderadas entre a medida total de empatia (IRI TOT) e a sua dimensão afetiva com a capacidade de identificar sentimentos (TAS-20 F1).

### Hipótese 3

A alexitimia detém um valor preditivo sobre os défices empáticos em ambos os grupos, sendo essa influência moderada pelos níveis de *stress* percebido, humor e sintomas de ansiedade e depressão. A hipótese parece ter sido confirmada em parte. Quanto ao valor preditivo da alexitimia sobre os défices empáticos, os resultados da presente investigação não possibilitam prever tal comportamento. Uma vez mais, possivelmente o mais adequado seja pensar neste ponto como uma associação positiva da alexitimia com os défices empáticos, e uma relação negativa das restantes variáveis com a empatia e positiva com a alexitimia. Nesse empenho, não foram registradas associações negativas estatisticamente significativas entre as escalas correspondentes, bem como com as restantes medidas, através da análise correlacional. Contudo, foram registradas associações negativas entre alguns domínios da alexitimia e da empatia (cf., tabela 9). Quanto à relação dos níveis de *stress* percebido, humor, ansiedade e depressão, foram identificadas associações



entre alguns domínios da alexitimia (positivas) e da empatia (negativas) com a generalidade das referidas variáveis (cf., tabela 11). Neste último ponto, a análise dos efeitos de moderação entre as variáveis em estudo salientou em ambos os grupos que os sintomas de depressão aumentam com o aumento dos níveis de alexitimia, bem como uma influência dos níveis de *stress* nos sintomas depressivos. Particularmente no grupo de medicina observou-se uma forte influência dos níveis de *stress* na relação entre os sintomas depressivos e a alexitimia. Assim, os dados parecem salientar que os estudantes de medicina quando mais alexitímicos, são particularmente mais vulneráveis a sintomas de depressão na presença de elevados níveis de *stress*.

#### Hipótese 4

As variáveis *stress*, humor, ansiedade e depressão percebidas, bem como a variação que lhes está associada, influem na sua individualidade e no seu conjunto, a relação da alexitimia com os défices empáticos, numa constante interconexão entre si.

A hipótese foi parcialmente respondida no ponto anterior.

A análise correlacional aparenta sustentar em parte a hipótese erguida. Ainda que apenas tenham sido registadas algumas correlações para determinados fatores/dimensões/compostos da alexitimia (correlações positivas) e da empatia (correlações negativas) com algumas das restantes medidas, a análise comparativa denuncia (em termos de percentagens) que índices mais pronunciados e frequentes de alexitimia surgem em paralelo com défices mais frequentes e níveis médios mais baixos de empatia. As medidas de *stress*, humor, ansiedade e depressão, na sua generalidade, correlacionam-se significativamente (positivamente) entre si. Aparentemente o aumento de uma destas variáveis parece pronunciar o aumento das restantes (entre si). Esta inferência é confirmada pelo registo de correlações significativas entre as diferentes escalas que as subjazem. Assim, e tal como observado na hipótese anterior, as referidas variáveis aparentam possuir um papel individual e grupal na relação observada entre maior alexitimia-menor empatia.

### Hipótese 5

Em ambos os grupos a níveis mais elevados de alexitimia/consciência emocional correspondem sintomas mais significativos de ansiedade e depressão, *stress* e índice de humor mais negativo, sendo essa associação mais evidente no grupo de estudantes de direito.

A hipótese foi confirmada na totalidade, embora as diferenças entre grupos registadas a nível dos sintomas de ansiedade se mostrem em termos médios menos importantes.

A problemática identificada no grupo de estudantes de direito relativamente aos défices cognitivo-experienciais a nível emocional e empáticos aparenta decorrer de uma complexa interação entre diversos fatores. Entre eles destacam-se preeminentemente padrões mais frequentes e maiores níveis de pensamento operacionalizado, maior frequência e maiores sintomas de ansiedade e depressão, especialmente maiores sintomas depressivos, e maiores índices e maior frequência de perceção patológica de *stress*. Estes registos mostram-se associados com perfis alexitímicos mais evidentes, oferecendo em parte um carácter explicativo de tais défices de identificação e expressão emocional, de modo diferenciado relativamente aos estudantes de medicina. Os registos de maiores prevalências de históricos de consumo de drogas no grupo de estudantes de direito, poderão (em termos de características de base) justificar o desempenho alexitímico verificado. Tal inferência é congruente com a literatura anteriormente revista, que tem associado repetidamente a alexitimia a uma vulnerabilidade a diferentes formas de adição (Teixeira, 2017), sendo que evidências consistentes apontam que o consumo de drogas pode funcionar como modelador da excitação aversiva (Lumley et al., 2007).

### Dificuldades de regulação emocional na amostra global

O estudo da alexitimia, dos níveis de consciência emocional, das competências de reconhecimento de emoções em si e no Outro salientou que os grupos se mostram bastante diferentes (ainda que nem todos os domínios aqui contemplados tenham alcançado significância estatística).

A análise dos resultados da TAS-20 TOT nas categorias definidas pelos padrões portugueses, salienta claramente um maior número de indivíduos com traços alexitímicos no curso de direito. São ainda registados níveis mais elevados de alexitimia neste grupo, comparativamente à amostra de estudantes do curso de medicina. Esta elevação é evidente no nível total de alexitimia, bem como ao nível das dificuldades em reconhecer sentimentos e em diferenciá-los das sensações corporais, dificuldades em descrever sentimentos a Outros e por um padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado.

Os grupos obtiveram resultados significativamente diferentes para a subescala "Pensamento Externamente Orientado". Possivelmente, ao invés das maiores diferenças entre estudantes de áreas distintas se situarem no modo como gerem as suas emoções, situam-se no modo como orientam o seu pensamento. Este registo é semelhante a vários estudos, como os de Hošková-Mayerová & Mokrý (2010).

Nesse sentido, o grupo de estudantes de direito apresenta (comparativamente aos estudantes de medicina) uma pobreza na consciência emocional e fundamentalmente um estilo de pensamento operacionalizado, caracterizado pelo recurso a detalhes minuciosos do dia-a-dia e do corpo (como via direta para expressar emoções) e por uma incapacidade de elaborar estímulos emocionais. De acordo com várias perspetivas revisadas nos capítulos introdutórios deste estudo, a débil avaliação consciente e expressão verbal das emoções, contribui para o prejuízo da capacidade de dissipar a excitação emocional, conduzindo a um aumento dos níveis de tensão- manifestada através da somatização.

A utilização conjunta da TAS-20 com o BVAQ permitiu obter uma visão mais clarificada e completa do grau de alexitimia, possibilitando avaliar as dimensões da alexitimia de modo diferenciado e complementar. A análise dos resultados do BVAQ TOT nas categorias definidas pelos padrões portugueses salientou que os alunos do curso de direito se mostram mais frequentemente alexitímicos, dado congruente com os resultados obtidos através da aplicação da TAS-20. Ainda que a alexitimia surja numa maior prevalência na amostra de direito, os alunos do curso de medicina registam para a

escala global (BVAQ TOT) valores médios superiores à amostra de alunos do curso de direito.

Especificamente, e em termos de índices médios, o grupo de estudantes de direito parece apresentar um comprometimento mais importante na componente afetiva da alexitimia, de que resultam défices mais evidentes na capacidade de experienciar emoções (E) e na capacidade de imaginar, fantasiar ou sonhar acordado (F).

Relativamente à dimensão cognitiva da alexitimia, e contrariamente ao que seria esperado, a utilização desta escala complementar fez sobressair défices mais importantes (em termos de valores médios) nesta dimensão no grupo de estudantes de medicina (dados contrastantes com os obtidos através da aplicação da TAS-20, que apenas avalia a dimensão cognitiva da alexitimia). Neste ponto, o grupo de estudantes de medicina evidenciou défices mais evidentes na capacidade de identificar e diferenciar emoções (I) e na capacidade de refletir e explicar emoções subjetivas (A). O grupo de estudantes de direito apenas mostrou, para este domínio da alexitimia, dificuldades mais evidentes na capacidade de comunicar emoções verbalmente (V). Tal registo advém, fundamentalmente, do facto de os estudantes de medicina apresentarem com maior frequência prejuízos neste domínio da alexitimia, bem como nas subdimensões que subjaz, com exceção de verbalizar (onde manifesta predominantemente défices intermédios). Ainda que em termos médios os resultados das duas medidas (TAS-20 e BVAQ) não sejam totalmente congruentes, a análise da frequência com que os défices surgem, denota maiores prevalências de alexitimia no grupo de estudantes de direito, que salientam graus mais importantes de rigidez cognitivo-afetiva.

Ainda que as duas medidas de alexitimia aplicadas se debrucem sobre a faceta cognitiva da alexitimia (a TAS-20 em exclusividade e o BVAQ através das subdimensões I, V e A), não foram registadas associações positivas entre estas.

#### Alexitimia, défices emocionais e empatia na amostra global

Ainda que os resultados da presente investigação não tenham apontado associações negativas significativas da medida de empatia com nenhuma das outras medidas utilizadas e, fundamentalmente, com as medidas de alexitimia, existem estudos consistentes e sólidos que identificaram associações negativas fortes entre a alexitimia e empatia (e.g., Grynberg et al., 2010; Lyvers et al., 2017).

Logicamente a capacidade de identificar e descrever sentimentos subjetivos incide sobre a capacidade de identificar e de relacionamento com os sentimentos do Outro (Parker et al.,1993a). Atendendo a que a alexitimia se associa a défices na capacidade de reconhecer e descrever sentimentos em si e no Outro, facilmente se percebe a sua estreita relação com défices empáticos, sendo diversos os estudos que corroboram esta perspetiva.

Pese embora não tenham sido registadas associações negativas significativas entre as medidas de alexitimia e empatia, e tal como anteriormente referido, foram identificadas correlações negativas moderadas e fracas entre alguns domínios da alexitimia e da empatia. Assim, da análise correlacional resulta que, aparentemente o aumento de uma parece pronunciar a diminuição da outra. Além disso, a análise comparativa denuncia que índices mais pronunciados e frequentes de alexitimia surgem em paralelo com índices menos pronunciados (mais baixos) de empatia (quer em termos médios quer em termos de prevalência).

Com base nos dados recolhidos, os alunos do curso de direito assumem com maior frequência índices mais baixos no nível total de empatia ( $\leq$  mediana), bem como na esfera afetiva da empatia (que se assumem significativos, embora não alcançando significância estatística). Estas observações são congruentes com o que Delphine Grynberg e associados salientaram em 2010, onde forneceram evidências de uma relação entre a alexitimia e pobres capacidades empáticas.

Quanto ao domínio cognitivo da empatia não foram registadas grandes diferenças entre os grupos em análise.

A consideração dos índices empáticos médios obtidos pelos participantes denota, no grupo de estudantes de direito, prejuízos mais acentuados na capacidade de adotar pontos de vista do Outro (TP), de vivenciar sentimentos de preocupação e compadecimento pelo Outro (PE) e maior desconforto pessoal em gerir contactos interpessoais tensos (DP). Foram, unicamente, registados para este grupo índices ligeiramente mais satisfatórios (comparativamente à amostra de estudantes de medicina) na capacidade de se envolver em situações fictícias (F).

Nesse sentido, os estudantes de direito patenteiam défices mais importantes no funcionamento interpessoal e nas competências sociais e empáticas. Assim, as suas interações sociais são caracterizadas pela menor empatia e por uma maior indiferença, distância e frieza pelo Outro.

Algumas teorias sustentam que o pensamento concreto, indexado pelo EOT, conduz aos défices empáticos. Os resultados da presente investigação não possibilitam prever tal comportamento, contudo, se atentarmos nas relações estabelecidas entre o EOT e a medida total de empatia, percebe-se uma relação negativa fraca entre ambos. De acordo com Demers e Koven, 2015, existem teorias que sustentam que o pensamento externamente orientado prejudica a capacidade de mentalização. O prejuízo das capacidades de mentalização, tais como abstração e diferenciação (e.g., distinção entre o símbolo e o objeto simbolizado), dificultam os processos de representação e reflexão sobre os estados subjetivos e do Outro. Outras sugerem, com base nas fracas capacidades de mentalização que caracterizam o pensamento externamente orientado, dificuldades em utilizar a vida mental subjetiva de modo a compreender a vida mental do Outro. Isto é, as capacidades de imaginar os próprios desejos e sentimentos numa diversidade de situações são um requisito impreterível para prever os estados mentais do Outro.

Socorrendo-nos da literatura revisada na primeira parte deste estudo, parece pouco provável que as características da alexitimia possam ser explicadas unicamente pelas influências socioculturais, nível educacional, género, ambiente familiar precoce, percepção subjetiva de saúde e variações na estrutura e funcionamento cerebral, pensando-se que todos os fatores interajam, e em conjunto com uma diversidade de outros fatores, concorram para a génese da alexitimia.

Como tal, considerou-se que o estudo da presença de um estilo particular de processamento cognitivo-afetivo no processamento emocional e das capacidades empáticas em populações de estudantes universitários devia considerar não só a avaliação dos mesmos sob diferentes metodologias, como também avaliar potenciais associações destes com possíveis variáveis concorrentes para a sua génese.

Neste ponto, realçamos no contexto da alexitimia, o registo ao longo dos anos de associações muito consistentes entre a alexitimia com a ansiedade, depressão, *stress* e défices empáticos. A literatura reporta ainda conexões entre ansiedade, depressão e empatia e uma relação do humor com o *stress* e preocupação empática.

### Díade Alexitimia-Empatia: possível papel do *stress*, perfil global de humor, ansiedade e depressão?

Tal como anteriormente observado e descrito, a análise das correlações apenas registou associações negativas fracas e moderadas entre alguns domínios da alexitimia e da empatia. Por outro lado, as medidas de *stress*, humor, ansiedade e depressão, na sua generalidade, correlacionaram-se significativamente (positivamente) entre si. Aparentemente o aumento de uma destas variáveis parece pronunciar o aumento das restantes (entre si).

Quanto à relação da alexitimia e da empatia com as referidas variáveis, foram observadas relações negativas entre alguns domínios destas (alexitimia-relações positivas, empatia-relações negativas) com a generalidade das supramencionadas variáveis. Estas observações parecem sustentar um papel do *stress*, perfil global de humor e dos sintomas de ansiedade e depressão na relação observada entre maior alexitimia-menor empatia, contudo apenas um estudo de cariz longitudinal poderia sustentar com maior fiabilidade a predição/influência das variáveis em análise.

O comprometimento da vida emocional interna, identificado através de registos mais elevados de alexitimia na comunidade de estudantes de direito, poderá estar, portanto, envolvido com os níveis mais elevados de *stress*, maiores sintomas de ansiedade e depressão e perfis de humor mais negativos. Tal como anteriormente referido, ao atentarmos nas taxas de prevalência percebe-se que níveis mais frequentes de alexitimia e menos frequentes de empatia, bem como, índices médios de empatia mais baixos, surgem num cenário onde se registam padrões mais frequentes de *stress* patológico, de perfis de humor mais negativos e de sintomas de ansiedade e depressão. Tais observações são enquadráveis com vários estudos, embora estes tenham identificado associações mais importantes, de que se destacam os estudos de Onur e colaboradores (2013) que identificaram associações muito consistentes entre a alexitimia com a ansiedade, as investigações de Foran & O’Leary (2013) que associaram a alexitimia com a depressão, e as pesquisas de Lyvers e associados (2014b) que apontaram associações positivas entre a alexitimia e o *stress*.

A análise separada da componente adicional da escala de humor utilizada no presente estudo (EDT) realçou índices médios consideravelmente superiores desta componente na amostra de estudantes de direito. Tal registo é congruente com o perfil global de humor mais negativo identificado neste grupo.

Por fim, a análise dos efeitos da interação entre as diversas variáveis em estudo denotou, em ambos os grupos estudados, e fundamentalmente no grupo de estudantes de medicina, que os sintomas de depressão aumentam com o aumento dos níveis de alexitimia.

Ainda que, no grupo de estudantes de direito, os elevados níveis de *stress* percebido não ajudem a explicar a relação entre a alexitimia e os sintomas depressivos, no grupo de estudantes de medicina observou-se precisamente o oposto. Particularmente no grupo de alunos de medicina, observou-se uma forte influência dos índices de *stress* nos sintomas de depressão, bem como uma forte influência dos índices de *stress* na relação observada entre os sintomas depressivos e a alexitimia. Assim, os dados parecem salientar, para este grupo de estudantes, que quando mais alexitímicos, maior a sua vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas de depressão na presença de níveis elevados de *stress*. Estes registos apontam o *stress* como um elemento potencialmente desencadeador de sintomas depressivos, bem como gestor da relação entre a alexitimia e sintomas de depressão. Ao atentarmos nos resultados da extensa e consistente investigação sobre os níveis de *stress* e *burnout* na comunidade de estudantes de medicina (e.g., de Cavalcante Almeida et al., 2016), percebe-se que se trata de uma população particularmente vulnerável à sua ocorrência, e portanto, mais sujeita ao surgimento de sintomas depressivos.

Particularmente no grupo de estudantes de medicina, estes registos ganham uma repercussão especialmente elevada a nível da sua vida e desempenho profissional. Ainda que a presente investigação não permita inferir sobre tal comportamento, a literatura tem vindo a realçar o papel determinante do equilíbrio emocional na assunção de sentimentos de realização e bem-estar, permitindo que o profissional de medicina preste um atendimento de melhor qualidade, aumentando os sentimentos de satisfação dos seus pacientes. Além de retratar um entendimento intuitivo, altamente plausível, diversos estudos realizados a nível mundial têm corroborado esta perspetiva, apontando as consequências negativas do *burnout* na qualidade de atendimento ao paciente (e.g., Dewa et al., 2017; Panagioti et al., 2018).

Naturalmente, e atendendo a que nem todas as competências fundamentais ao bom exercício da atividade profissional são ensinadas na universidade - sendo adquiridas e organizadas por fatores pessoais, sociais e emocionais- acredita-se que os traços alexitímicos, bem como os elevados níveis de *stress*, humor (mais negativo) e de sintomas



de ansiedade e depressão, identificados na presente investigação detenham um impacto negativo considerável a nível do desempenho académico e no exercício profissional em ambos os grupos analisados.

Presumivelmente fatores como uma fraca rede de relacionamentos, insatisfatórias capacidades de comunicação, socialização e emocionais e estratégias regulatórias ineficientes, congruentes com o constructo da alexitimia, bem como os elevados níveis de *stress*, sintomas de ansiedade e depressão e humor negativo, levam a um menor rendimento académico, bem como, a nível profissional, a sensações de insegurança, menor qualidade de atendimento e satisfação do cliente/paciente.

De realçar que tais inferências não foram avaliadas na presente investigação, pelo que a realização de estudos com recurso a medidas de desempenho poderá assumir grande relevo, designadamente no descortinar do impacto das características alexitímicas em certas variáveis associadas a uma maior realização na vida pessoal, relacional e profissional.

Não obstante, os registos do presente estudo poderão oferecer pistas numa perspetiva preventiva, educativa e terapêutica.

#### Caraterísticas de base: possível influência?

Relativamente às caraterísticas de base, e tal como anteriormente referido, a análise inferencial registou diferenças mais importantes ao nível do género, estar deslocado, presença de historial de consumos e presença de relacionamento, quando comparados os dois grupos. Observou-se que ambos os grupos são constituídos maioritariamente por elementos do género feminino, com especial relevo o curso de direito; que a maioria dos alunos de direito não se encontra deslocada comparativamente aos alunos do curso de medicina; que existe uma maior prevalência de historiais de consumo no grupo de estudantes de direito; e que a maioria dos alunos de direito se encontra num relacionamento comparativamente aos alunos de medicina. Embora tais registos, com exceção do fator “presença de relacionamento”, não alcancem significância estatística, podem refletir-se como questões que podem influir ligeiramente os resultados obtidos.

Os grupos diferem tenuemente quanto ao consumo de medicação e ao historial de doença familiar. Ainda que levemente distintos, a maioria dos alunos de ambos os grupos refere uma ausência de consumo de medicação e de história de doença familiar. Estas variáveis podem influenciar os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos psicométricos. No entanto, das análises estatísticas efetuadas não sobressaem valores estatisticamente significativos que possam enviesar os resultados.

Retomando o único aspeto onde são detetadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois cursos em estudo, nomeadamente, quanto à presença de relacionamento amoroso, os dados salientam que a maioria dos alunos de direito declaram encontrar-se num relacionamento (76%), comparativamente aos alunos de medicina (46%). Poderia eventualmente representar uma limitação do estudo, como potencial fator confundente: esperar-se-ia que quem esteja num relacionamento possa ter mais capacidade de empatia, bem como que os alunos de medicina possam apresentar mais capacidade empática (hipótese inicial). Assim, o facto de existirem mais alunos de direito num relacionamento poderá mitigar este eventual efeito destes poderem ter menos capacidade de empatia, isto é, é contraproducente relativamente à hipótese inicial.

Relativamente às caraterísticas “estar deslocado”, “consumo de medicação” e “história de doença familiar”, poderiam eventualmente representar uma limitação do estudo, como potencial fator confundente: esperar-se-ia que quem esteja deslocado, consuma medicação e apresente história de doença familiar (principalmente de natureza somática), bem como que os alunos de direito (comparativamente à amostra de alunos de medicina) representem a maioria destas caraterísticas. Assim, o facto de existirem mais alunos de medicina deslocados, que consumam medicação e apresentem história de doença familiar, poderá (à semelhança da questão “estar num relacionamento”) mitigar este eventual efeito de os alunos de direito serem mais alexitímicos e menos empáticos como sua consequência.

Relativamente à questão da possível influência do género, verificou-se que a maioria de ambos os grupos, com especial relevo para o curso de direito, é do género feminino (embora não tenha alcançado significância estatística), e que o referido curso regista maior prevalência e valores totais médios mais elevados de alexitimia (TAS-20). O confronto de tais registos com as conclusões obtidas em diversos estudos que atestam que o género masculino tende a manifestar níveis mais elevados de alexitimia (Levant et

al., 2009), permite inferir que embora as diferenças de género registadas na presente investigação não sejam estatisticamente significativas, possivelmente os valores médios mais elevados de alexitimia registados em cada grupo correspondam em grande parte aos sujeitos do género masculino. Admite-se, igualmente, a possibilidade de o índice de alexitimia se encontrar hipossignificado (relativamente a amostras mais equilibradas em termos de género), uma vez que a amostra da presente investigação foi constituída essencialmente por elementos do género feminino.

Ainda no contexto da possível influência do género sobre os resultados, importa referir que tem sido, também, registada com frequência a sua influência ao nível da empatia, através de questionários de autorrelato (e.g., índices mais elevados de empatia no género feminino, exceto a tomada de perspetiva) (e.g., Berthoz et al., 2008). Atendendo, novamente, que ambos os grupos, com especial relevo para o curso de direito, são constituídos maioritariamente por elementos do género feminino, e que os alunos que constituem o referido curso apresentam menores competências empáticas globais (por comparação à amostra de alunos do curso de medicina), admite-se a possibilidade dos défices empáticos globais registados, ainda que mais consideráveis e frequentes que os dos estudantes de medicina, se encontrarem hipossignificados relativamente a amostras mais equilibradas em termos de género (de modo semelhante com a questão do género no perfil alexitímico).

Têm sido, igualmente, registadas em linhas de investigação recentes uma possível influência do género, particularmente do género feminino, no desenvolvimento de *stress*. Popa-Velea e colaboradores (2017) observaram que, por comparação com o género masculino, os elementos do género feminino registam pontuações significativamente mais elevadas quanto ao *stress* percebido. Considerando, mais uma vez, a maioria de elementos do género feminino em ambas as amostras em estudo, admite-se a possibilidade de os níveis patológicos de *stress* registados se encontrarem sobrerrepresentados relativamente a amostras mais equilibradas em termos de género.

Quanto à possível influência do ano de matrícula, observou-se que a amostra do curso de direito se faz representar unicamente por estudantes do mesmo ano (3º ano), ao passo que, a amostra de estudantes de medicina se faz representar por três anos de matrícula (primeiros dois anos e último ano do curso), com uma maioria de alunos inscrita no 2º ano (68%) e, seguidamente, no 5º ano (31%). Com base na literatura revisada nos capítulos introdutórios deste estudo, retém-se que o primeiro e último ano do curso de

medicina, comparativamente aos anos intermédios, têm sido considerados anos emocionalmente mais exigentes (Chew et al., 2013), tendo-se vindo ainda a registar um decréscimo dos níveis de empatia ao longo dos anos de formação académica em medicina (Neumann et al., 2011). Neste ponto, acredita-se que para esta amostra de estudantes de medicina, os presentes resultados possam estar sobre-representados em termos dos níveis de alexitimia e menores índices de empatia (por extrapolação da literatura, uma amostra do 3º ano poderia ser, à partida, mais empática do que do 5º ano).

Ainda quanto à possível influência do ano de matrícula, e à semelhança do suprarreferido, acredita-se que os presentes resultados para esta amostra de estudantes de medicina, tenham alcançado um efeito mais aparente da ansiedade, depressão, humor e *stress* neste grupo de estudantes, que possivelmente relativiza as diferenças entre a amostra do curso de direito nas várias medidas de autorrelato utilizadas, e em particular, entre os níveis de alexitimia e empatia. Tal possibilidade seria remota se os alunos de ambos os cursos fossem do mesmo ano. Relativamente a possíveis inferências do ano de matrícula no curso de direito carecemos de estudos que abordem tão detalhadamente essa problemática. No entanto, a pesquisa mostra-se consensual na assunção de que após ingressarem no ensino universitário os estudantes de direito experimentam, desde o primeiro semestre, níveis significativamente elevados de *stress*, ansiedade e depressão.

#### Qual o impacto de uma melhor compreensibilidade dos défices de regulação emocional, na saúde e no tratamento? A importância da integração de diferentes abordagens

A presente investigação oferece alguns *outcomes* importantes de discutir, na perspetiva da saúde dos jovens e, em particular, dos estudantes universitários.

Aqueles que se revelam mais alexitímicos parecem apresentar défices mais importantes no domínio da apreciação subjetiva das emoções, em geral. Tais défices, como anteriormente descrito, remetem para uma certa indiferenciação na relação com o meio envolvente e fundamentalmente um maior indiferentismo quanto às emoções do Outro. São também, mais vulneráveis a vivências de *stress* patológico e sintomas de ansiedade e depressão. Esta combinação de resultados permite a identificação de um perfil relativamente frágil no modo como estes indivíduos se relacionam com o ambiente, com o Outro e consigo mesmos. Possivelmente tais características estão particularmente

envolvidas numa menor adaptação pessoal e social, na linha dos postulados de Darwin sobre o potencial adaptativo das emoções.

Estas considerações têm naturalmente impacto na procura de suporte social e terapêutico quando necessário, contribuindo provavelmente para que muitos destes indivíduos só recorram a apoio e aos serviços de saúde em situações particularmente delicadas. Por outro lado, sendo menos sensíveis à experiência e partilha emocional e à empatia, e apresentando prejuízos nas capacidades socio-afetivas e numa diversidade de situações que promovem o comportamento humanizado, os serviços terapêuticos enfrentam um desafio particular na promoção da aliança terapêutica com estes indivíduos.

Uma abordagem terapêutica aos sujeitos universitários com características alexitímicas e com menores capacidades de elaboração e representação da sua experiência emocional poderá beneficiar dos contributos da psicomotricidade.

Os trabalhos de vários teóricos e investigadores preponderantes como Lev Vigotski, Henri Wallon e Sigmund Freud detiveram um enorme impacto e valor contributivo para a pesquisa e investigação científica contemporânea, relativamente à complexa e constante interação entre os processos motores e comportamentais-expressivos e o desenvolvimento psíquico integral. Os seus estudos demonstraram, além do mais, que os conteúdos psíquicos não conscientes são manifestados no corpo sob várias formas. Nesse sentido, as abordagens terapêuticas mediadas pela expressão e pelo corpo, como por exemplo, a psicomotricidade, podem ser relevantes numa perspetiva de estudar e compensar as condutas inadequadas e inadaptadas em diversas situações, através da organização das sensações, perceções e cognições, e da sua utilização em respostas adaptativas. Assente nos seus principais objetivos (focados na significação do corpo agido, vivido e criativo, integrado e orientado no tempo e no espaço, isto é, um corpo consciencializado), o corpo deverá ser entendido e transformado num instrumento de ação sobre o mundo e num instrumento de relação e expressão com o Outro.

A abordagem terapêutica a estes sujeitos, com recurso à psicomotricidade, deverá procurar fornecer ao sujeito o máximo de experiências corporais e verbais e a sua progressiva integração. Como tal, requer um apoio diferenciado em função das modalidades particulares de experenciação afetiva, com a utilização de modelos de intervenção e técnicas específicas para cada caso. Assim, será fundamental identificar e desenvolver o tratamento adequado a partir dos conteúdos e da vivência corporal (o corpo

como refletor do Ser psíquico que resultará no Ser social), de modo a proporcionar um estado geral de melhor qualidade de vida.

Estes dados remetem para a importância de uma avaliação mais fina do nível em que determinados estudantes experienciam a emoção, como potencialmente determinante para a adequação do plano terapêutico de cada indivíduo. Possivelmente alguns indivíduos, em virtude de estruturas muito primárias de diferenciação emocional, logo, pautadas por uma emocionalidade predominantemente sensoriomotora, requererão um apoio terapêutico inicial marcadamente centrado em técnicas de relaxamento e consciencialização corporal, onde deve ser reelaborado o seu esquema e imagem corporal e a sua consciencialização e vivência tónico-emocional. Outros, em virtude de um menor comprometimento afetivo e de melhores recursos, poderão beneficiar de um processo terapêutico baseado numa relação terapêutica mais empática, que possa introduzir novas formas de experienciar emoções, a par do cumprimento de objetivos centrados na melhoria das estratégias de reavaliação cognitiva das vivências emocionais e de regulação emocional, da consciencialização emocional em si e no Outro e da empatia. Nesse empenho poderão ser benéficas as atividades expressivas, através da comunicação e da exteriorização tónico-emocional das problemáticas, por intermédio da expressão verbal ou não verbal; ou da terapia e reeducação gnosoprática, que estimule a organização planificada e interiorizada da ação e da sua representação através de formas diversificadas de expressão.

## **CAPÍTULO 4: LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES**

São de diversa ordem as limitações identificadas no presente estudo, sendo importante referi-las, fundamentalmente, com o objetivo de acautelar possíveis extrapolações dos resultados obtidos.

Uma das limitações a apontar no presente estudo prende-se com o seu desenho. Trata-se de um desenho observacional, de carácter transversal e por comparação entre grupos, que pela sua natureza limita o potencial de generalização dos resultados. Além disso, somente com um estudo adicional ou com outro desenho experimental poderia ser analisado o valor preditivo dos dados, isto é, o grau com que os resultados da presente investigação preveem o comportamento futuro dos indivíduos em análise, alertando-se o leitor para os riscos de considerar o valor preditivo das relações observadas entre variáveis. Atendendo à complexidade e à índole multifacetada dos défices e processos emocionais aqui estudados, seria mais benéfico realizar um estudo de natureza longitudinal.

Seria igualmente vantajoso possuir amostras mais alargadas de modo a aumentar a sua significância, constituindo uma outra limitação desta investigação. Igualmente, o facto de a dimensão amostral ser pequena pode diminuir a fiabilidade dos resultados obtidos no presente estudo. Também o facto de um dos grupos ser constituído por estudantes de medicina (o que à partida poderia remeter para uma população mais atenta às necessidades de outrem) poderá constituir um *bias* no sentido de que este grupo de estudantes, poderá apresentar melhores capacidades afetivo-cognitivas e maiores competências empáticas (como se demonstrou na secção da discussão dos resultados), podendo acentuar as diferenças relativamente ao grupo de estudantes de direito. Além disso, dado que a amostra atual era maioritariamente constituída por estudantes do género feminino (ainda que este género represente comumente a maioria de ambos os cursos), acresce um cuidado particular na generalização dos resultados a amostras mais equilibradas em termos de género. Pesquisas futuras devem, portanto, recrutar amostras maiores e mais representativas.

No que concerne aos critérios de exclusão definidos, considera-se que seria importante incluir o critério de exclusão - presença de patologia neurológica ou tumoral

a nível do Sistema Nervoso Central. Tal apreciação advém do facto de existirem manifestações psiquiátricas das doenças neurológicas, o que pode constituir um viés às potenciais extrapolações que os dados oferecem. Porém, determinadas síndromes resultantes da disfunção de uma ou outra região cerebral, podem ser interpretadas como correspondendo a doenças primariamente psiquiátricas (o que seria filtrado pelo critério de exclusão estabelecido para esta investigação “apresentar perturbação ou história de perturbação psiquiátrica”).

Pese embora os critérios de inclusão e exclusão definidos para a concretização do estudo sejam rigorosos, possivelmente a inclusão de uma medida de avaliação dos aspetos psicopatológicos e de uma medida de avaliação de aspetos da personalidade seria importante para filtrar de modo mais fino e rigoroso os dados obtidos. Note-se que, para ambos os grupos estudados o filtro psicopatológico centrou-se na triagem realizada através do questionário de natureza sociodemográfica e, seguidamente, pela aplicação da HADS, o que poderá ter sido insuficiente.

A opção metodológica da utilização conjunta da TAS-20 e do BVAQ (dada a apreciação realizada em torno das metodologias existentes para caraterizar a alexitimia) tornou o protocolo de estudo um pouco extenso ( $\approx 15$  min.), o que pode em certo modo (e particularmente por apenas se ter realizado um único *setting* de avaliação para cada grupo) conduzir a uma maior exaustão dos participantes e, conseqüentemente, prejudicar as suas respostas.

Importa abrir um parêntese no que se refere às escalas aplicadas. Existem diversas limitações no estudo das emoções, essencialmente porque as emoções são frequentemente uma experiência íntima e pessoal para a qual é extremamente difícil estabelecer formas de medição objetiva e, por conseguinte, de estudo a partir de um questionário de relato pessoal.

Embora a eficiência das medidas de autorrelato tenha sido consistentemente comprovada, o autorrelato pode ser especialmente limitado no sujeito alexitímico, que por definição apresenta défices na capacidade de *insight*, erguendo questões sobre a validade deste tipo de avaliação, especialmente na identificação de elevados níveis de alexitimia (Lundh et al, 2002). Assim, considera-se que seria importante utilizar diferentes medidas, como as medidas de desempenho por apresentarem vantagem relativamente às medidas de autorresposta, quanto às distorções causadas pelo sujeito quer intencionalmente, quer pela opinião distorcida que pode ter sobre si mesmo.



De igual modo, será importante referir que as medidas comumente utilizadas na investigação que se centram, em particular, na avaliação do estilo afetivo subjetivo e na relação interpessoal podem originar respostas que vão de encontro com a forte pressão motivacional para garantir um estereótipo social desejável, o que pode introduzir importantes vieses com um impacto relevante na interpretação potencial dos resultados. Logo, parece lícito considerar que a resposta de uma parte considerável dos participantes poderá encontra-se contaminada pelo grau de desejabilidade social. Importa neste contexto referir que, por outro lado, a garantia da confidencialidade e anonimato dos dados obtidos constituiu um fator que terá incrementado a fiabilidade dos relatos dos sujeitos na situação de avaliação.

Por fim, atendendo a que a literatura sobre a maioria das escalas aplicadas na presente investigação não refere valores de corte estabelecidos para a população portuguesa, foram considerados na presente investigação os valores médios  $\pm$  DP obtidos no estudo de validação da escala nesta população (TAS-20, BVAQ, IRI), com recurso a amostras de ambos os géneros da população geral, compostas maioritariamente por estudantes universitários. Tal aspeto constitui uma limitação da presente investigação, sugerindo-se algum cuidado nas extrapolações dos resultados obtidos para outras populações.

### Principais conclusões do estudo

Os resultados obtidos no presente estudo, sintetizam-se nos seguintes pontos:

- A maioria dos estudantes de direito denota um perfil alexitímico evidente, associado a dificuldades emocionais, nomeadamente em reconhecer sentimentos e em distingui-los de sensações corporais, dificuldades em identificar, analisar e descrever/verbalizar sentimentos ao Outro, fracas capacidades imaginativas (défice de fantasia) e um padrão cognitivo/pensamento externamente orientado. Caraterizam-se igualmente, por vivências elevadas de *stress*, bem como de sintomas de ansiedade e depressão e de humor mais negativo. Por fim, são ainda registados défices empáticos pela maioria dos alunos.

- Relativamente aos estudantes de medicina, a maioria denota um padrão semelhante ao identificado no grupo de estudantes de direito, variando essencialmente em função do grau de prejuízo e frequência dos défices. São para este grupo de estudantes, identificados défices ligeiramente menos frequentes e uma abrangência mais frequente de padrões normativos.
- O grupo de estudantes do curso de direito apresenta, em geral e comparativamente ao grupo de estudantes de medicina, características compatíveis com défices da regulação emocional, expressos em níveis consideravelmente mais elevados de alexitimia. Os resultados conferem-lhes uma menor capacidade de elaborar sobre os estados emocionais em si e nos Outros, traduzindo-se numa menor capacidade empática.
- Comparativamente aos estudantes de medicina, o grupo de estudantes de direito evidenciou em média um padrão de pensamento mais externalizado, associado a maiores níveis de sintomas ansiosos e particularmente depressivos, maior perceção de *stress* e níveis mais negativos de humor. Estes registos mostram-se associados a perfis mais alexitímicos, oferecendo, em parte, um carácter explicativo dos défices na identificação e expressão emocional e empáticos.
- Com base no conhecimento reputado da neurobiologia de diferentes aspetos da experiência emocional, foram propostos dois tipos de alexitimia. Naturalmente a viabilidade da distinção entre alexitimia do Tipo I e do Tipo II depende, em parte, da verificação e validação empírica. De acordo com a formulação do BVAQ os estudantes de direito e medicina mais alexitímicos (isto é, com maiores prevalências e prejuízos médios mais elevados) manifestam uma alexitimia predominantemente do Tipo I. Assim, caracterizam-se por um baixo grau de consciência da excitação emocional e um baixo grau de emoção que acompanha as cognições.
- Relatos retrospectivos de consumo de drogas poderão justificar (em termos de características de base) uma parte do padrão alexitímico identificado no grupo de estudantes do curso de direito. De acordo com a literatura, o consumo de

substâncias parece associar-se de modo linear com a alexitimia, essencialmente por atuar como um potencial modelador de ativação.

- Ainda que a análise das correlações não tenha registado associações negativas significativas entre as medidas de alexitimia e empatia (tendo-se apenas identificado algumas associações negativas fracas e moderadas entre alguns domínios das duas), a análise comparativa denuncia que índices mais pronunciados e frequentes de alexitimia surgem em paralelo com défices mais frequentes e índices médios mais baixos de empatia.
- Os níveis de *stress* e humor e sintomas de ansiedade e depressão, na sua generalidade, correlacionam-se significativamente entre si. Aparentemente o aumento de uma das variáveis parece pronunciar o aumento das restantes (entre si). Foram ainda registadas associações entre alguns domínios da alexitimia (positivas) e da empatia (negativas) com a generalidade das referidas variáveis. Assim, os níveis de *stress* e humor e sintomas de ansiedade e depressão parecem predizer, pelo menos em parte, o desempenho da díade alexitimia-empatia.
- A análise dos efeitos da interação entre as diversas variáveis em estudo denotou, em ambos os grupos estudados, uma sensibilidade da resposta dos sintomas depressivos a variações nos níveis de alexitimia, embora esta relação observada não seja muito relevante. No grupo de estudantes de direito esta resposta dos sintomas de depressão a pequenas alterações dos níveis de alexitimia mostrou-se pouco sensível. Porém, no grupo de estudantes do curso de medicina esta resposta mostrou-se muito mais sensível. Isto é, em ambos os grupos estudados, e fundamentalmente no grupo de estudantes de medicina, os sintomas de depressão aumentam com o aumento dos níveis de alexitimia.
- O estudo dos efeitos da interação entre as diversas variáveis em estudo mostrou ainda, para ambas as categorias analisadas (perceção normal de *stress* e perceção patológica de *stress*) no grupo de estudantes do curso de direito, uma influência positiva dos níveis de *stress* nos sintomas de depressão, embora os níveis de *stress* percebido não ajudem a explicar a relação entre a alexitimia e os sintomas depressivos. No grupo de estudantes do curso de medicina, observou-se que os

alunos que registaram níveis patológicos de *stress*, uma influência positiva forte dos níveis de *stress* nos sintomas de depressão, bem como uma forte influência dos níveis de *stress* na relação observada entre os sintomas depressivos e a alexitimia.

- O presente estudo parece, de certo modo, salientar que os estudantes de medicina, quando mais alexitímicos, são particularmente mais vulneráveis a sintomas de depressão na presença de elevados níveis de *stress*. Estes registos tornam-se especialmente importantes e preocupantes, dado que os alunos do curso de medicina labutam diariamente com contextos stressantes e emocionalmente exigentes, encontrando-se particularmente vulneráveis ao *burnout*, como a literatura tem evidenciado.

As descrições subjetivas registadas sobre as dificuldades no contacto com o afeto em si e no Outro apontaram nos dois grupos em estudo para níveis de alexitimia predominantemente intermédios (com recurso à TAS-20 recodificada pelos padrões portugueses). É provável que índices mais acentuados de alexitimia ocorram em populações clínicas em comparação com a amostra não clínica deste estudo.

A presente investigação procurou, entre outras coisas, identificar variáveis que possam concorrer para a variabilidade das características alexitímicas e que possam associar-se a este constructo. Os resultados parecem mostrar, entre o conjunto de variáveis estudadas (que naturalmente representam meramente uma pequena parte de uma ampla gama de variáveis possivelmente envolvidas) que a alexitimia e uma menor capacidade empática são competências opostas, de índole multifacetada e complexa, mediadas por uma diversidade de fatores.

Aparentam destacar-se três dimensões particularmente mais prejudicadas na comunidade de estudantes de direito estudada: padrão de pensamento externalizado; sintomas de ansiedade e depressão mais elevados (casos), particularmente significativos na esfera da depressão; e maiores índices de perceção subjetiva de *stress* patológico.

Ainda que consideradas todas as conclusões acima expostas, não parece possível e adequado restringir todo o conhecimento neste âmbito a um conjunto de relações e explicações sustentadas por números e análises estatísticas dos dados. Parece-nos mais

adequado considerar este campo do conhecimento como um campo extremamente complexo e permeável a diversos fatores moduladores. Como tal afigura-se necessário realizar análises mais finas, rigorosas e complexas, que acompanhem por períodos mais longos estes indivíduos, que revejam as suas histórias retrógradas de desenvolvimento e maturação emocional, que identifiquem abordagens terapêuticas mais personalizadas e adequadas e que analisem a sua resposta e evolução terapêutica. Seria fundamental analisar esta população sob outras metodologias, de modo a obter novas leituras e perspectivas sobre este fenómeno multifacetado, complexo e não uniformizado.

Assim:

*“A alexitimia é um constructo que pode não ser redutível a um déficit cognitivo básico em toda a ampla gama de populações em que é observado. Parece não apenas possível, mas provável, que existam múltiplas rotas para o fenótipo da alexitimia”.*

(Hobson et al., 2019, p.34)

## BIBLIOGRAFIA

- Aftanas, L. I., Varlamov, A. A., Reva, N. V., & Pavlov, S. V. (2003). Disruption of early event-related theta synchronization of human EEG in alexithymia viewing affective pictures. *Neuroscience Letters*, 340 (1), 57-60.
- Alarcon, G., Eschleman, K. & Bowling, N. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work Stress*, 23(3), 244–263.
- Alpaslan, A. H., Soylu, N., Avci, K., Coskun, K. S., Kocak, U., & Tas, H. U. (2015). Disordered eating attitudes, alexithymia and suicide probability among Turkish high school girls. *Psychiatry Research*, 226(1), 224-229.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33 – 40.
- Bagby, R. M., Quilty, L. C., Taylor, G. J., Grabe, H. J., Luminet, O., Verissimo, R., ... Vanheule, S. (2009). Are there subtypes of alexithymia?. *Personality and individual Differences*, 47(5), 413-418.
- Bailey, P.E., & Henry, J. D. (2007). Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research*, 150(1), 13–20.
- Bargh, J. A., & Williams, L. E. (2007). The nonconscious regulation of emotion. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 429-445). New York, NY, US: Guilford Press.
- Batson C. D. (2009). These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. In J. Decety, & W. Ickes (Eds.), *Social neuroscience. The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 3–15). Cambridge, MA, US: MIT Press.
- Berenbaum, H. (1996). Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 585-595.
- Berger, D. S., Elliott, C., Ranzenhofer, L. M., Shomaker, L. B., Hannallah, L., Field, S. E., & Tanofsky-Kraff, M. (2014). Interpersonal problem areas and alexithymia in adolescent girls with loss of control eating. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 170-178.
- Bermond, B., Vorst, H. C., Vingerhoets, A. J., & Gerritsen, W. (1999). The Amsterdam Alexithymia Scale: Its psychometric values and correlations with other personality traits. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(5), 241-251.
- Bermond, B., Vorst, H. C., & Moormann, P. P. (2006). Cognitive neuropsychology of alexithymia: Implications of personality typology. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11(3), 332-360.
- Bermond, B., Clayton, K., Liberova, A., Luminet, O., Maruszewski, T., Ricci Bitti, P. E., & Wicherts, J. M. (2007). A cognitive and affective dimension of alexithymia in six languages and seven populations. *Cognition & Emotion*, 21(5), 1125-1136.
- Bermond, B., Oosterveld, P., & Vorst, H. C. (2015). Measures of alexithymia. In G. F. Boyle, D. H. Saklofske, & G. Matthews (Eds.), *Measures of personality and social psychological constructs* (pp.227-256). Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Bernhardt, B. C., & Singer, T. (2012). The neural basis of empathy. *Annual Review Neuroscience*, 35, 1–23.
- Berthoz, S., Wessa, M., Kedia, G., Wicker, B., & Grezes, J. (2008). Cross-cultural validation of the empathy quotient in a French-speaking sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 469–477.
- Bion, W. R. (1965). *Transformations: Change from Learning to Growth*. London, UK: Butterworth-Heinemann.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale; An updated review. *Journal of Psychiatric Research*, 52(2), 69 – 77.
- Blanchard-Fields, F., Mienaltowski, A., & Seay, R. B. (2007). Age differences in everyday problem-solving effectiveness: older adults select more effective strategies for interpersonal problems. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(1), 61-64.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S., & Olfson, M. (2008). Mental Health of College Students and Their Non– College-Attending Peers. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1429-1437.
- Bond, M. (1992). An empirical study of defensive styles: The defense style questionnaire. In G. E. Vaillant (Ed.), *Ego mechanisms of defense. A Guide for Clinicians and Researchers* (pp.127-158). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

- Borrill, J., Fox, P., Flynn, M., & Roger, D. (2009). Students who self-harm: Coping style, rumination and alexithymia. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(4), 361-372.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London, UK: Routledge.
- Brewer, R., Cook, R., Cardi, V., Treasure, J., & Bird, G. (2015). Emotion recognition deficits in eating disorders are explained by co-occurring alexithymia. *Royal Society Open Science*, 2(1), 140382–140382.
- Buchanan, D. C., Waterhouse, G. J., & West, S. C. (1980). A proposed neurophysiological basis of alexithymia. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 34(4), 248-255.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afetivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cannon, W. B. (1927). The James-Lange theory of emotion: a critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 106-124.
- Carpenter, K. M., & Addisd, M. E. (2000). Alexithymia, gender and responses to depressive symptoms. *Sex Roles*, 43(9-10), 629-644.
- Carpenter, L., & Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 84(4), 367-388.
- Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 413-420.
- Chen, J., Xu, T., Jing, J., & Chan, R.C (2011). Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC Psychiatry*, 11, 1-6.
- Cheng, Y., Chen, C., Lin, C. P., Chou, K. H., & Decety, J. (2010). Love hurts: an fMRI study. *Neuroimage*, 51(2), 923–929.
- Chew, B. H., Zain, A. M., & Hassan, F. (2013). Emotional intelligence and academic performance in first and final year medical students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 13(1).
- Christman, S. D. (1994). The many sides of the two sides of the brain. *Brain and Cognition*, 26(1), 91-98.
- Clark, E. J., & Rieker, P. P. (1986). Gender differences in relationships and stress of medical and law students. *Journal of Medical Education*, 61(1), 32-40.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Clore, G. & Ortony, A. (2000). Cognition in Emotion: Always, Sometimes, or Never? In R. D. Lane, & L. Nadel (Eds.), *Series in Affective Science. Cognitive Neuroscience of Emotion* (pp. 24-61). New York, NY, US: Oxford University Press, Inc.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Cotrufo, T., & Bares, J. M. U. (2018). *El cerebro y las emociones. Sentir, pensar, decidir*. Espanha: Bonal letra Alcompas, S. L. (Edição em português: *O cérebro e as emoções. Sentir, pensar, decidir*. Portugal: Atlântico Press, 2018).
- Coyne, J. C., & Sonderen, E. V. (2012). No further research needed: Abandoning the Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS). *Journal of Psychosomatic Research*, 72(3), 173–174.
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655–666.
- Craig, A. D. (2009). How do you feel—now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(1), 59–70.
- Critchley, H. D. (2005). Neural mechanisms of autonomic, affective, and cognitive integration. *Journal of Comparative Neurology*, 493(1), 154–166.
- Crossman, D. L., & Polich, J. H. (1989). Hemispheric and personality differences between 'left-' and 'right-brain' individuals for tachistoscopic verbal and spatial tasks. *Personality and Individual Differences*, 10(7), 747-755.



- Cruz, J. F., & Viana, M. F. (1993). Competências psicológicas dos atletas de elite (Relatório Técnico). Braga-Lisboa: Projecto de Investigação e Intervenção Psicológica na Alta Competição.
- Czernecka, K., & Szymura, B. (2008). Alexithymia-imagination-creativity. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 445-450.
- Dahl, R. E. (2003). The development of affect regulation: Bringing together basic and clinical perspectives. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008(1), 183-188.
- Dahlin, M., Joneborg, N., & Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: A cross-sectional study. *Medical Education*, 39(6), 594-604.
- Damásio, A. (2000a). A Second Chance for Emotion. In R. D. Lane & L. Nadel (Eds.), *Series in Affective Science. Cognitive Neuroscience of Emotion* (pp. 12-23). New York, NY, US: Oxford University Press, Inc.
- Damásio, A. (2000b). *O mistério da consciência*. São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1999).
- Damásio, A. (2011). *El error de Descartes*. Barcelona: Destino. (Edição em português: *O erro de Descartes*. Temas e debates, 2011).
- D'Ambrosio, F., Oliver, M., Didon, D., & Besche, C. (2009). The basic empathy scale: A French validation of measure of empathy in youth. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 160-165.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London, UK: John Murray, Albemarle Street.
- Davidson, R. J., & Ekman, P. (1994). Afterword: what are the minimal cognitive prerequisites for emotion?. In P. Ekman, & R. J. Davidson (Eds.), *Series in Affective Science. The nature of emotion: fundamental questions* (pp. 232-234). New York, NY, US: Oxford University Press, Inc.
- Davidson, R. J., Scherer, K. R., & Goldsmith, H. H. (2003). *Handbook of Affective Sciences*. New York, NY, US: Oxford University Press, Inc.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 85-103.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- De Cavalcante Almeida, G., de Souza, H. R., de Almeida, P. C., de Cavalcante Almeida, B., & Almeida, G. H. (2016). The prevalence of burnout syndrome in medical students. *Archives of Clinical Psychiatry*, 43(1), 6-10.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100.
- Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *Scientific World Journal*, 6, 1146-1163.
- Decety, J., & Moriguchi, Y. (2007). The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: Implications for intervention across different clinical conditions. *BioPsychoSocial Medicine*, 1, 1-21.
- De Gucht, V. (2003). Stability of neuroticism and alexithymia in somatization. *Comprehensive Psychiatry*, 44(6), 466-471.
- Demers, L. A., & Koven, N. S. (2015). The relation of alexithymic traits to affective theory of mind. *American Journal of Psychology*, 128(1), 31-42.
- De Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: how, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, 10(10), 435-441.
- De Waal, F. B. (2012). The antiquity of empathy. *Science*, 336(6083), 874-876.
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., & Trojanowski, L. (2017). The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*, 7(6).
- Diehl, M., Chui, H., Hay, E. L., Lumley, M. A., Gruhn, D., & Labouvie-Vief, G. (2014). Change in coping and defense mechanisms across adulthood: Longitudinal findings in a European American sample. *Developmental Psychology*, 50(2), 634-648.

- Doyle, F., Cosco, T., & Conroy, R. (2012). Why the HADS is still important: Reply to Coyne & van Sonderen. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(1).
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2012). Epidemiology of psychological distress. In L. L'Abate (Ed.), *Mental illnesses - understanding, prediction and control* (pp. 105-134). InTech, Open Access.
- Dubey, A., Paney, R., & Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *Indian Journal of Social Science*, 7(1), 20-31.
- Dunn, J., & Brown, J. (1991). Relationships, talk about feelings, and the development of affect regulation in early childhood. In J. Garber, & K. A. Dodge (Eds.), *Cambridge studies in social and emotional development. The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 89-108). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Eagle, M. N. (1984). *Recent developments in psychoanalysis: a critical evaluation*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Eid, P., & Boucher, S. (2012). Alexithymia and dyadic adjustment in intimate relationships: Analysis using the actor partner interdependence model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(10), 1095-1111.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1990). Empathy: conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Motivation and Emotion*, 14(2), 131-149.
- Emde, R. N. (1988). Development terminable and interminable. I. Innate and motivational factors from infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 69(1), 23-42.
- Farchione, T. J., Fairholme, P. C., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678.
- Faria, C., Fonseca, M., Lima, V. S., Soares, I., & Klein, J. (2009). Vinculação na idade adulta. In I. Soares (Ed.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (pp 121-158). Braga: Psiquilíbrios edições.
- Ferrari, P. F., Gallese, V., Rizzolatti, G., & Fogassi, L. (2003). Mirror neurons responding to the observation of ingestive and communicative mouth actions in the monkey ventral premotor cortex. *European Journal of Neuroscience*, 17(8), 1703-1714.
- Ferrari, P. F. (2014). The neuroscience of social relations. A comparative-based approach to empathy and to the capacity of evaluating others' action value. *Behavior*, 151(2-3), 297-313.
- Fogassi, L., Ferrari, P. F., Gesierich, B., Rozzi, S., Chersi, F., & Rizzolatti, G. (2005). Parietal lobe: from action organization to intention understanding. *Science*, 308(5722), 662-667.
- Foran, H. M., & O'Leary, K. D. (2013). The role of relationships in understanding the alexithymia-depression link. *European Journal of Personality*, 27(5), 470-480.
- Franz, M., Schaefer, R., Schneider, C., Sitte, W., & Bachor, J. (2004). Visual Event-Related Potentials in Subjects with Alexithymia: Modified Processing of Emotional Aversive Information?. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 728-735.
- Freire, L. (2010). Alexitimia: Dificuldade de Expressão ou Ausência de Sentimento? Uma Análise Teórica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (1), 15-24.
- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. Oxford, England: International Universities Press.
- Frewen, P. A., Dozois, D. J., Neufeld, R. W., & Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 243-246.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 337-342.
- Frye-Cox, N. E., & Hesse, C. R. (2013). Alexithymia and marital quality. The mediating roles of loneliness and intimate communication. *Journal of Family Psychology*, 27(2), 203-211.
- Fukunishi, I., Saito, S., & Ozaki, S. (1992). The influence of defense mechanisms on secondary alexithymia in hemodialysis patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57 (1-2), 50-56.
- Fukunishi, I., Kikuchi, M., Wogan, J., & Takubo, M. (1997). Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 38(3), 166-170.

- Furman, E. (1992). On feeling and being felt with. *Psychoanalytic Study of the Child*, 47, 67-84.
- Goerlich-Dobre, K. S., Bruce, L., Martens, S., Aleman, A., & Hooker, C. L. (2014). Distinct associations of insula and cingulate volume with the cognitive and affective dimensions of alexithymia. *Neuropsychologia*, 53, 284-292.
- Goerlich-Dobre, K. S., Votinov, M., Habel, U., Pripfl, J., & Lamm, C. (2015). Neuroanatomical profiles of alexithymia dimensions and subtypes. *Human Brain Mapping*, 36(10), 3805-3818.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence. Why it can matter more than IQ*. New York, NY, US: Bantam Books.
- Grabe, H. J., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (2001). Alexithymia and the temperament and character model of personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5), 261-267.
- Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164.
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York, NY, US: Guilford Press.
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*, 49(8), 845-850.
- Grynberg, D., Berthoz, S., & Bird, G. (2018). Social and Interpersonal Implications of Alexithymia. In O. Luminet, R. Bagby, & G. Taylor (Eds.), *Alexithymia: Advances in Research, Theory, and Clinical Practice* (pp. 174-189). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gu, X., & Han, S. (2007). Attention and reality constraints on the neural processes of empathy for pain. *Neuroimage*, 36(1), 256-267.
- Hampes, W. P. (2001). Relation between humor and empathic concern. *Psychological Reports*, 88(1), 241-244.
- Hein, G., Silani, G., Preuschoff, K., Batson, C. D., & Singer, T. (2010). Neural responses to ingroup and outgroup members' suffering predict individual differences in costly helping. *Neuron*, 68(1), 149-160.
- Heinen, I., Bullinger, M., & Kocalevent, R. D. (2017). Perceived stress in first year medical students—Associations with personal resources and emotional distress. *BMC Medical Education*, 17(1).
- Heins, M., Fahey, S. N., & Henderson, R. C. (1983). Law Students and Medical Students: A Comparison of Perceived Stress. *Journal of Legal Education*, 33(3), 511-525.
- Heins, M., Fahey, S. N., & Leiden, L. I. (1984). Perceived stress in medical, law, and graduate students. *Journal of Medical Education*, 59(3), 169-179.
- Heinzel, A., Schafer, R., Muller, H. W., Schieffer, A., Ingenhag, A., Eickhoff, S. B., ... Hautzel, H. (2010). Increased activation of the supragenual anterior cingulate cortex during visual emotional processing in male subjects with high degrees of alexithymia. An event-related fMRI study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(6), 363-370.
- Herbert, B. M., Herbert, C., & Pollatos, O. (2011). On the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: Is interoceptive awareness related to emotional awareness? *Journal of Personality*, 79(5), 1149-1175.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale—a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
- Hobson, H., Brewer, R., Catmur, C., & Bird, G. (2019). The role of language in alexithymia: moving towards a multi-route model of alexithymia. *Emotion Review*, (in press).
- Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanene, H., Antikainen, R., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamaki, H. (2004). Relationships among alexithymia, adverse childhood experiences, sociodemographic variables and actual mood disorder: a 2-year clinical follow-up study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*, 45(3), 197-204.
- Hoppe, K. D., & Bogen, J. E. (1977). Alexithymia in twelve commissurotomy patients. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 28(1-4), 148-155.
- Horney, K. (1952). The paucity of inner experiences. *American Journal of Psychoanalysis*, 12(1), 3-9.

- Horton, P. C. (1981). *Solace: the missing dimension in psychiatry*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hošková-Mayerová, S., & Mokrá, T. (2010). Alexithymia among students of different disciplines. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, 33–37.
- Houpy, J. C., Lee, W. W., Woodruff, J. N., & Pincavage, A. T. (2017). Medical student resilience and stressful clinical events during clinical training. *Medical Education Online*, 22(1), 1320187.
- Humphreys, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences*, 46(1), 43–47.
- Ickes, W. (1997). *Empathic Accuracy*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Iijima, A. L. (1998). Lessons learned: Legal education and law school dysfunction. *Journal of Legal Education*, 48(4), 524–538.
- Ishak, W. W., Lederer, S., Mandili, C., Nikraves, R., Seligman, L., Vasa, M.,... Bernstein, C. A. (2009). Burnout during residency training: A literature review. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2), 236–242.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York, NY, US: Plenum Press.
- Izard, C. E., & Buechler, S. (1980). Aspects of consciousness and personality in terms of differential emotions theory. In R. Plutchik, & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: theory, research, and experience. Vol. I Theories of emotion* (pp. 165–187). London, UK: Academic Press.
- Izard, C. E., & Kobak, R. R. (1991). Emotions system functioning and emotion regulation. In J. Garber, & K. A. Dodge (Eds.), *Cambridge studies in social and emotional development. The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 303–321). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- James, W. (1884). What is an emotion?. *Mind*, 9(34), 188–205.
- Jones, J. M. (1995). *Psychoanalytic inquiry book series, vol. 14. Affects as process: an inquiry into the centrality of affect in psychological life*. Hillsdale, NJ, US: Analytic Press, Inc.
- Kano, M., & Fukudo, S. (2013). The alexithymia brain: The neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *Biopsychosocial Medicine*, 7(1), 1–9.
- Karukivi, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., Joukamaa, M., & Saarijärvi, S. (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 125(1–3), 383–387.
- Katan, A. (1961). Some thoughts about the role of verbalization in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16(1), 184–188.
- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Julkunen, J., & Salonen, J. T. (1996). Alexithymia and risk of death in middle-aged men. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 541–549.
- Kelman, N. (1952). Clinical aspects of externalized living. *American Journal of Psychoanalysis*, 12(1), 15–23.
- Ko, S. M., Kua, E. H., & Fones, C. S. L. (1999). Stress and Undergraduates. *Singapore Medical Journal*, 40(10), 627–630.
- Kooiman, C. G., Van Rees Vellinga, S., Spinhoven, P., Draijer, N., Trijsburg, R. W., & Rooijmans, H. G. M. (2004). Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 107–116.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: a developmental view. *Developmental Psychology*, 25(3), 343–354.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ, US: Analytic Press, Inc.
- Kugiumutzakis, G. (1998). Neonatal imitation in the intersubjective companion space. In S. Braten (Ed.), *Studies in emotion and social interaction, 2nd series. Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 63–88). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Labouvie-Vief, G. (2003). Dynamic integration: Affect, cognition, and the self in adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, 12(6), 201–206.

- Lane, R. D., & Schwartz, G.E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133-143.
- Lane, R. D., Quinlan, D. M., Schwartz, G. E., Walker, P.A., & Zeitlin, S. B. (1990). The levels of emotional awareness scale: a cognitive developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 124-134.
- Lane, R. D., Sechrest, L., Reidel, R., Weldon, V., Kazniak, A., & Schwartz, G. E. (1996). Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 58(3), 203-210.
- Lane, R. D., Weihs, K. L., Herring, A., Hishaw, A., & Smith, R. (2015). Affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 55, 594-611.
- Lange, C.G. (1992). The emotions. A psychophysiological study. In C. G. Lane & W. James (Eds.), *The emotions* (pp. 33-90). Baltimore, US: Waverly Press.
- Larcombe, W., Tumbaga, L., Malkin, I., Nicholson, P., & Tokatlidis, O. (2013). Does an Improved Experience of Law School Protect Students against Depression, Anxiety and Stress? An Empirical Study of Wellbeing and the Law School Experience of LLB and JD Students. *Sydney Law Review*, 35, 407-432.
- Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., & David, A. S. (2004). Measuring empathy: Reliability and validity of the empathy quotient. *Psychological Medicine*, 34(5), 911-919.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, NY, US: Oxford University Press, Inc.
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Lee, B. T., Lee, H. Y., Park, S. A., Lim, J. Y., Tae, W. S., & Ham, B. J. (2011). Neural substrates of affective face recognition in alexithymia: A functional magnetic resonance imaging study. *Neuropsychobiology*, 63(2), 119-124.
- Lemche, E., Klann-Delis, G., Koch, R., & Joraschky, P. (2004). Mentalizing language development in a longitudinal attachment sample: implications for alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(6), 366-374.
- Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M., & Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(3), 190-203.
- Limpo, T., Alves, R. A., & Catro, S. L. (2010). Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*, 8(2), 171-184.
- Linden, W., Lenz, J. W., & Stossel, C. (1996). Alexithymia, defensiveness and cardiovascular reactivity to stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 575-583.
- Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5), 254-260.
- Luminet, O. (2010). Commentary on the paper "Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population-based study". *Journal of Psychosomatic*, 68(3), 275-277.
- Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 505-518.
- Lumley, M. A., Gustavson, B., Partridge, R., & Labouvie-Vief, G. (2005). Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: interrelationships among measures. *Emotion*, 5(3), 329-342.
- Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 230-246.
- Lundh, L., Johnsson, A., Sundqvist, K., & Olsson, H. (2002). Alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. *Emotion*, 2(4), 361-379.
- Lyvers, M., Hinton, R., Gotsis, S., Roddy, M., Edwards, M., & Thorberg, F. (2014a). Traits linked to executive and reward systems functioning in clients undergoing residential treatment for substance dependence. *Personality and Individual Differences*, 70, 194-199.
- Lyvers, M., Makin, C., Toms, E., Thorberg, F. A., & Samios, C. (2014b). Trait mindfulness in relation to emotional self-regulation and executive function. *Mindfulness*, 5(6), 619-625.

- Lyvers, M., Kohlsdorf, S. M., Edwards, M. S., & Thorberg, F. A. (2017). Alexithymia and Mood: Recognition of Emotion in Self and Others. *The American Journal of Psychology*, 130(1), 83-92.
- Magai, C., & McFadden, S. H. (1995). *Emotions, personality, and psychotherapy. The role of emotions in social and personality development: history, theory and research*. New York, NY, US: Plenum Press.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment: findings and directions for future research. In C. M. Parkes, P. Marris, & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127-159). New York, NY, US: Routledge.
- Marty, P., & de M'Uzan, M. (1963). La 'pensee operateire'. *Revue Francaise de Psychanalyse*, 27, 345-356.
- Mason, O., Tyson, M., Jones, C., & Potts, S. (2005). Alexithymia: Its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(1), 113-125.
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A.-M., Mielonen, R.-L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine*, 70(6), 716-722.
- Mattila, A. K., Saarni, S. L., Salminen, J. K., Huhtala, H., Sintonen, H., & Joukamaa, M. (2009). Alexithymia and health-related quality of life in a general population. *Psychosomatics*, 50(1), 59-68.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1(3), 232-242.
- Mayes, L. C., & Cohen, D.J. (1992). The development of a capacity for imagination in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 47, 23-47.
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: EdITS/Educational and Industrial Testing Service.
- Messina, A., Beadle, J., & Paradiso, S. (2014). Towards a classification of alexithymia: Primary, secondary and organic. *Journal of Psychopathology*, 20, 38-49.
- Metcalf, J., & Mischel, W. (1999). A hot/cool-system analysis of delay of gratification: Dynamics of willpower. *Psychological Review*, 106(1), 3-19.
- Mikolajczak, M., & Luminet, O. (2006). Is alexithymia affected by situational stress or is it a stable trait related to emotion regulation?. *Personality and Individual Differences*, 40(7), 1399-1408.
- Misra, R., McKean, M., West, S., & Russo, T. (2000). Academic stress of college students: Comparison of student and faculty perspectives. *College Student Journal*, 34(2), 236-245.
- Moffat, K. J., McConnachie, A., Ross, S., & Morrison, J. M. (2004). First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Medical Education*, 38(5), 482-491.
- Moormann, P. P., Bermond, B., Vorst, H. C. M., Bloemendaal, A., Teijn, S., & Rood, L. (2008). New avenues in alexithymia research: The creation of alexithymia types. In J. Denollet, I. Nyklicek, & A. Vingerhoets (Eds.), *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues* (pp.27-42). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Moormann, P. P., Albach, F., Bermond, B., van Dijke, A., de Jong, J., Wineke, J., ... Karanafti, A. (2012a). Gender differences in the impact of child sexual abuse on alexithymia, dissociation and self. In E. A. Kalfoglou (Ed.), *Sexual abuse- Breaking the silence* (pp. 75-92). InTech, Open Access.
- Moormann, P. P., Albach, F., & Bermond, B. (2012b). Do alexithymia, dissociation, and CSA explain the controversial topic of memory recovery? In E. A. Kalfoglu, & R. Faikoglu (Eds.), *Sexual abuse- Breaking the silence* (pp. 57-74). InTech, Open Access.
- Morice-Ramat, A., Goronflot, L., & Guihard, G. (2018). Are alexithymia and empathy predicting factors of the resilience of medical residents in France?. *International Journal of Medical Education*, 9, 122-128.
- Morrison, S., & Pihl, R. (1990). Alexithymia and stimulus augmenting/ reducing. *Journal of Clinical Psychology*, 46(6), 730-736.
- Mota-Cardoso, R. (2001). Auto-Regulação dos Sistemas Naturais. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 39-96.
- Murphy, J., Brewer, R., Hobson, H., Catmur, C., & Bird, G. (2018). Is alexithymia characterized by impaired interoception? Further evidence, the importance of control variables, and the problems with the Heartbeat Counting Task. *Biological Psychology*, 136, 189-197.

- Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: Factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*, 179, 540–544.
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O.W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine*, vol. 2 (pp. 26-34). London, UK: Butterworths.
- Nemiah, J. C. (1982). A reconsideration of psychological specificity in psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38(1), 39-45.
- Neumann, S. A. Sollers III, J. J., Thayer, J. F., & Waldstein, S. R. (2004). Alexithymia predicts attenuated autonomic reactivity, but prolonged recovery to anger recall in young women. *International Journal of Psychophysiology*, 53(3), 183-195.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., ... Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8): 996-1009.
- Niedenthal, P. M. (2007). Embodying emotion. *Science*, 316 (5827), 1002-1005.
- Nielsen, T., Levrier, K., & Montplaisir, J. (2011). Dreaming correlates of alexithymia among sleep-disordered patients. *Dreaming*, 21(1), 16-31.
- Norcross, J., Guadagnoli, E., & Prochaska, J. (1984). Factor structure of the Profile of Mood States (POMS): Two partials replications. *Journal of Clinical Psychology*, 40(5), 1270-1277.
- Onur, E., Alkin, T., Sheridan, M. J., & Wise, T. N. (2013). Alexithymia and emotional intelligence in patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 303–311.
- Osberg, T. M. (2004). A business case for increasing college mental health services. *Behavioral Health Management*, 24(5), 33-36.
- Osofsky, J. D. (1992). Affective development and early relationships: clinical implications. In J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 233-244). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225- 235.
- Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 339–354.
- Palagi, E., Leone, A., Mancini, G., & Ferrari, P. F. (2009). Contagious yawning in gelada baboons as a possible expression of empathy. *Proceedings of the National. Academy of Sciences*, 106(46), 19262–19267.
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., ... Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 178(10), 1317-1331.
- Pandey, R., Saxena, P., & Dubey, A. (2011). Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's Journal of Psychology*, 7(4), 604-623.
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1993a). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59(3-4), 197–202.
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1993b). Alexithymia and the processing of emotional stimuli: an experimental study. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 9(1-2), 9-14.
- Parker, J. D., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: A taxometric investigation. *Psychological Assessment*, 20(4), 385-396.
- Paus, T. (2001). Primate anterior cingulate cortex: where motor control, drive and cognition interface. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(6), 417–424.
- Pellerone, M. Tomasello, G., & Migliorisi, S. (2017). Relationship between parenting, alexithymia and adult attachment styles: A cross-sectional study of adolescents and young adults. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(2), 125-134.
- Pennebaker, J. W., Czajka, J. A., Cropanzano, R., Richards, B. C., Brumbelow, S., Ferrara, K., ... Thyssen, T. (1990). Levels of thinking. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 16(4) 743– 757.

- Pfeifer, J. H., Iacoboni, M., Mazziotta, J. C., & Dapretto, M. (2008). Mirroring others' emotions relates to empathy and interpersonal competence in children. *Neuroimage*, 39(4), 2076–2085.
- Piaget, J. (1981). *Intelligence and affectivity. Their relationship during child development*. Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- Plutchik, R. (1993). Emotions and their vicissitudes: emotions and psychopathology. In M. Lewis, & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 53–66). New York, NY, US: Guilford Press.
- Popa-Velea, O., Diaconescu, L., Mihailescu, A., Popescu, M. J., & Macarie, G. (2017). Burnout and Its Relationships with Alexithymia, Stress, and Social Support among Romanian Medical Students: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6).
- Porges, S.W. (1991). Vagal tone: an autonomic mediator of affect. In J. Garber, & K. A. Dodge (Eds.), *Cambridge studies in social and emotional development. The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 111–128). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Prazeres, N. (2000). Alexitimia: Uma Forma de Sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 109–121.
- Prazeres, N., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 9(1), 9–21.
- Raglin, J. S., & Morgan, W. P. (1989). Development of a scale to measure training-induced distress. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 21.
- Reich, J. W., Zautra, A. J., & Davis, M. (2003). Dimensions of affect relationships: Models and their integrative implications. *Review of General Psychology*, 7(1), 66–83.
- Richter, A., Gilbert, P., & McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(2), 171–184.
- Riem, M. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Pieper, S., Tops, M., Boksem, M. A. S., Vermeiren, R. R. J. M., ... Rombouts, S. A. R. B. (2011). Oxytocin modulates amygdala, insula, and inferior frontal gyrus responses to infant crying: a randomized controlled trial. *Biological Psychiatry*, 70(3), 291–297.
- Roberti, J., Harrington, L., & Storch, E. (2006). Further psychometric support for the 10-item version of the Perceived Stress Scale. *Journal of College Counseling*, 9(2), 135–147.
- Rothbart, M. K., & Rueda, M. R. (2005). The development of effortful control. In U. Mayr, E. Awh, & S. W. Keele (Eds.), *Decade of behavior. Developing individuality in the human brain: A tribute to Michael I. Posner* (pp. 167–188). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality; the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10(3), 134–144.
- Rutter, M. (2013). Annual research review: resilience - clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474–487.
- Rybash, J. M., & Hoyer, W. (1992). Hemispheric specialization for categories and coordinate learning disabilities: social, academic, and adaptive functioning in adults and children. *Psychological Bulletin*, 107, 196–209.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9(3), 185–211.
- Salovey, P., Mayer, J. D., & Caruso, D. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 159–171). New York, NY, US: Oxford University Press, Inc.
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L. & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: a systematic review of prospective studies. *PLoS One*, 12(10), e0185781.
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. P. (1994). *The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual*. Windsor: NFER-Nelson.
- Santen, S. A., Holt, D. B., Kemp, J. D., & Hemphill, R. (2010). Burnout in medical students: Examining the prevalence and associated factors. *Southern Medical Journal*, 103(8), 758–763.
- Santos, A. J., Kislaya, I., Gil, A. P., Namorado, S., Barreto, M., Gaio, V., ... Dias, C. M. (2017). Psychological distress – prevalence and associated factors in the portuguese population in 2015: results from the National Health Examination Survey. *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*, 19(2), 4–7.



- Sayar, K., Kirmayer, L. J., & Taillefer, S. S. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 25(2), 108-114.
- Schachter, S., & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69(5), 379-399.
- Schachter, S. (1964). The interactions of cognitive and physiological determinants of emotional state. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology, vol.I* (pp. 49-80). New York, NY, US: Academic Press.
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(1), 59-87.
- Schore, A. N. (2005). Back to basics: attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review/American Academy of Pediatrics*, 26(6), 204-217.
- Schulte-Ruther, M., Markowitsch, H. J., Shah, N. J., Fink, G. R., & Piefke, M. (2008). Gender differences in brain networks supporting empathy. *NeuroImage*, 42(1), 393-403.
- Sengupta, A., & Giri, V. (2009). Alexithymia and managerial styles: Implications in Indian organizations. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35, 71-77.
- Shibata, M., Ninomiya, T., Jensen, M. P., Anno, K., Yonemoto, K., Makino, S., & Hosoi, M. (2014). Alexithymia is associated with greater risk of chronic pain and negative affect and with lower life satisfaction in a general population: The Hisayama study. *PLOS ONE*, 9(3), e90984.
- Shill, M. A., & Lumley, M. A. (2002). The psychological mindedness scale: Factor structure, convergent validity and gender in a non-psychiatric sample. *Psychology & Psychotherapy*, 75, 131-150.
- Shipko S. (1982). Alexithymia and somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37(4), 193-201.
- Shishido, H., Gaher, R. M., & Simons, J. S. (2013). I don't know how I feel, therefore I act: Alexithymia, urgency, and alcohol problems. *Addictive Behaviors*, 38(4), 2014-2017.
- Sifneos, P. E. (1967). Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Acta Medicina Psychosomatica*, 7, 1-10.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2), 255-262.
- Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R., & Frankel, F.H. (1977). The phenomenon of alexithymia: observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 47-57.
- Sifneos, P. E. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect and creativity. *Psychiatric Clinics of North America*, 11(3), 287-292.
- Sifneos, P. E. (1991). Affect, emotional conflict, and deficit: an overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 116-122.
- Sifneos, P. E. (1994). Affect deficit and alexithymia. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 10(4), 193-195.
- Sifneos, P. E. (2000). Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(3), 113-116.
- Silani, G., Bird, G., Brindley, R., Singer, T., Frith, C., & Frith, U. (2008). Levels of emotional awareness and autism: an fMRI study. *Social Neuroscience*, 3(2), 97-112.
- Singer, J. L. (1979). Affect and imagination in play and fantasy. In C. E. Izard (Ed.), *Emotions in personality and psychopathology* (pp. 13-34). Oxford, England: Plenum Press.
- Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy Sciences*, 1156(1), 81-96.
- Skowron, E. A., Wester, S. R., & Azen, R. (2004). Differentiation of self mediates college stress and adjustment. *Journal of Counseling and Development*, 82(1), 69-78.

Slade, A., & Aber, J.L. (1992). Attachments, drives, and development: conflicts and convergences in theory. In J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 154-185). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, (1). OpenAccess.

Soares, I. (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. (2ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Spitzer, C., Siebel-Jurges, U., Barnow, S., Grabe, H. J., & Freyberger, H. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4), 240-246.

Steele, H., Steele, M., & Croft, C. (2008). Early attachment predicts emotion recognition at 6 and 11 years old. *Attachment & Human Development*, 10(4), 379-393.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York, NY, US: Basic Books.

Sulloway, F. J. (1979). *Freud, biologist of the mind. Beyond the psychoanalytic legend*. New York, NY, US: Basic Books.

Sumi, K. (2006). Reliability and validity of the Japanese version of the Perceived Stress Scale. *Japanese Journal of Health Psychology*, 19(2), 44-53.

Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191-199.

Taylor, G. J. (1987). *Stress and health series, monograph 3. Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison, CT, US: International Universities Press, Inc.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 32(2), 153-164.

Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 10(2), 61-74.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York, NY, US: Cambridge University Press.

Taylor, G. J., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (2003). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale. IV. Cross-Cultural validity and reliability. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 277-283.

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 68-77.

Teixeira, R. J., & Pereira, M. G. (2015). Examining mindfulness and its relation to self-differentiation and alexithymia. *Mindfulness*, 6(1), 79-87.

Teixeira, R. J. (2017). Alexithymia and drug addiction: Is there a missing link?. *Addiction Medicine & Therapy*, 3(3), 71-73.

Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.

Thompson, G., McBride, R. B., Hosford, C. C., & Halaas, G. (2016). Resilience among medical students: the role of coping style and social support. *Teaching and Learning in Medicine*, 28(2), 174-182.

Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 26(3), 187-193.

Tolmunen, T., Honkalampi, K., Hintikka, J., Rissanen, M. L., Maaranen, P., Kylma, J., & Laukkanen, E. (2010). Adolescent dissociation and alexithymia are distinctive but overlapping phenomena. *Psychiatry Research*, 176(1), 40-44.

Tomkins, S. S. (1962/1963). *Affect/imagery /consciousness*. (vol. 1-2). In P. K. Bertram (Eds.), *Affect/ Imagery/ Consciousness: The Complete Edition* (2008) (pp. 3-614). New York, NY, US: Springer.

- Tomkins, S.S. (1984). Affect theory. In K. R. Scherer & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp. 163-195). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Toneatto, T., Lecce, J., & Bagby, M. (2009). Alexithymia and pathological gambling. *Journal of Addictive Diseases*, 28(3), 193-198.
- Torrado, M. (2011). Regulação das emoções e toxicodependência. *Revista Portuguesa de Psicossomática, Vol. 1 On-line*, 1-10.
- Torrado, M. V., Silva, H., Eusébio, S., Fred, A., & Ouakinin, S. (2015). Alexithymia, physiological reactivity and cognitive appraisals of emotional stimuli in opiate dependents: A pilot study. *Journal of Neurology & Neurophysiology*, 6(1), 1-8.
- Tosevski, D. L., Milovancevic, M. P., & Gajic, S. D. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(1), 48-52.
- Trigo, M., & Silva, D. (2003). *Versão e preparação portuguesa do Perceived Stress Scale – 10 (PSS-10)*. Tradução e utilização autorizadas pelo autor.
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologia*, 53, 353-378.
- Tustin, F. (1988). Psychotherapy with children who cannot play. *International Review of Psychoanalysis*, 15(1), 93-106.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 44-50.
- Van der Velde, J., Van Tol, M. J., Goerlich-Dobre, K. S., Gromann, P. M. Swart, M. de Haan, L.,...Aleman, A. (2014). Dissociable morphometric profiles of affective and cognitive dimensions of alexithymia. *Cortex*, 54, 190-199.
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., & Bogaerts, S. (2007). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of Clinical Psychology*, 63(1), 109-117.
- Veríssimo, R., & Bermond, B. (2009). Avaliação Psicométrica Transcultural do Questionário da Alexitimia de Bermond-Vorst. *Acta Médica Portuguesa*, 22(6), 767-772.
- Viana, M. F., Almeida, P. L., & Santos, R. C. (2001). Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor – POMS. *Análise Psicológica*, 1(19), 77-92.
- Vorst, H. C., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30(3), 413-434.
- Weinryb, R. M., Gustavsson, J. P., Asberg, M., & Rossel, R. J. (1992). The concept of alexithymia: an empirical study using psychodynamic ratings and self-reports. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(2), 153-162.
- Werner, H., & Kaplan, B. (1963). *Symbol formation: an organismic developmental approach to language and the expression of thought*. New York, NY, US: Wiley.
- West, M. L., & Sheldon-Keller, A. E. (1994). *Patterns of relating: an adult attachment perspective*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Winnicott, D.W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- Yekta, M., Besharat, M. A., & Roknoldini, E. (2011). Explanation of alexithymia in terms of personality dimensions in a sample of general population. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30, 133-137.
- Yildirim, I. (2008). Relationships between burnout, sources of social support and sociodemographic variables. *Social Behavior and Personality*, 36(5), 603-616.
- Zackheim, L. (2007). Alexithymia: The expanding realm of research. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 345-347.
- Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39(2), 117-123.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Zou, Z., Huang, Y., Wang, J., He, Y., Min, W., Chen, X., Wang, J., & Zhou, B. (2016). Association of childhood trauma and panic symptom severity in panic disorder: Exploring the mediating role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 206, 133-139.

## **DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO**

Não existem afiliações, associações financeiras ou participações financeiras que possam afetar a objetividade e rigor desta investigação.

# ANEXOS

## **ANEXO I**

Protocolo de estudo das variáveis para os grupos de estudantes de medicina e direito da Universidade de Lisboa.

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Serve o presente documento o dever de facultar informações básicas e essenciais acerca deste projeto de investigação, de que depende o seu consentimento informado para a participação no mesmo. Solicita-se que o leia atentamente, coloque as suas dúvidas de modo a serem totalmente esclarecidas. Somente deverá ser assinado se decidir participar no estudo e quando todas as dúvidas se encontrarem devidamente esclarecidas. Tome o tempo que considerar necessário para analisar e decidir sobre a sua participação.

### Descrição sucinta da natureza, objetivos e procedimentos do estudo

O presente estudo intitulado “Alexitimia e (des)regulação emocional em estudantes universitários: estudo de processos emocionais” insere-se no âmbito do mestrado em psicopatologia, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Com a realização deste estudo pretende-se analisar o modo como pessoas com características alexitímicas empatizam com os outros, bem como o modo como gerem os seus sentimentos em determinadas situações. Pretende-se, igualmente, analisar o papel do sistema emocional nas capacidades empáticas e nos níveis de alexitimia.

Para a satisfação dos referidos objetivos, solicita-se a sua colaboração, através da resposta às questões de natureza sociodemográfica que se seguem. Posteriormente ser-lhe-á apresentado uma bateria de questionários. Solicita-se a sua resposta do modo mais sincero possível. Sempre que surgirem dúvidas, por favor, não hesite em esclarecê-las com o investigador.

O investigador assume a responsabilidade pela confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Atendendo ao facto de a participação é de caráter voluntário, poderá desistir a qualquer momento do processo de investigação, isento de penalização.

No eventual caso de subsistirem dúvidas ou necessidade de esclarecimentos suplementares, antes da participação no estudo ou após a recolha de dados, contactar:

**Nome:** Catia Alexandra Rodrigues Coelho

**Contacto:** catia.alexandracoelho@gmail.com



Declaro que, após atenta leitura, é de minha vontade autorizar a participação na investigação, estando plenamente esclarecido(a) da natureza, objetivos e procedimentos da mesma.

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

---

Cátia Alexandra Rodrigues Coelho  
(Responsável pela investigação)

---

Assinatura do participante

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

As informações obtidas no presente questionário serão apenas utilizadas para fins académicos. O questionário é anónimo não devendo, portanto, colocar a sua identificação em nenhuma das folhas, nem assinar o mesmo. Atendendo que não existem respostas certas ou erradas, solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Obrigado pela sua colaboração.

## A- Dados Biográficos

- A1. Género: ☐ Masculino ☐ Feminino
- A2. Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- A3. Naturalidade: \_\_\_\_\_
- A4. Estado Civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de facto ☐ Divorciado(a)  
☐ Viúvo(a)
- A5. Apresenta algum relacionamento amoroso? ☐ Sim ☐ Não
- A6. Agregado familiar (nº de elementos e grau de parentesco): \_\_\_\_\_
- A7. Local habitual de residência (Distrito): \_\_\_\_\_
- A8. Durante o período de aulas reside noutro local além da residência habitual?  
☐ Sim ☐ Não
- A9. Faculdade em que se encontra matriculado: \_\_\_\_\_ ☐ FMUL ☐ FDUL
- A10. Ano em que se encontra matriculado: \_\_\_\_\_
- A11. Situação laboral: ☐ Estudante ☐ Trabalhador-Estudante

## B- Antecedentes Pessoais e Familiares

- B1. Consome algum tipo de medicação?  
☐ Sim ☐ Não
- B1.1. Se respondeu “Sim” indique qual: \_\_\_\_\_
- B2. Atualmente apresenta alguma doença psiquiátrica ou infecciosa? ☐ Sim ☐ Não
- B2.1. Se respondeu “Sim” indique qual: \_\_\_\_\_
- B3. Apresenta história de alguma doença psiquiátrica ou infecciosa? ☐ Sim ☐ Não
- B3.1. Se respondeu “Sim” indique qual: \_\_\_\_\_
- B4. Na sua família de origem existem pessoas com doenças psiquiátricas?  
☐ Sim ☐ Não
- B4.1. Se respondeu “Sim” indique qual o grau de parentesco: \_\_\_\_\_

## C- Historial de Consumos

- C1. Atualmente consome substâncias psicoativas? ☐ Sim ☐ Não
- C2. Consumiu substâncias psicoativas? ☐ Sim ☐ Não
- C2.1. Se respondeu “Sim” indique há quanto tempo não consome:  
Menos de 1 mês ☐ 1-3 Meses ☐ Mais de 3 meses

## Questionário I

Indique, de acordo com a seguinte escala, o seu grau de concordância com cada uma das afirmações. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação. Assinale apenas uma resposta para cada afirmação.

1. Discordo totalmente
2. Discordo em parte
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir.					
2. Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.					
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.					
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.					
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los.					
6. Quando estou aborrecido, não sei se estou triste ou zangado.					
7. Fico muitas vezes intrigado com sensações no meu corpo.					
8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender por que acontecem.					
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.					
10. É essencial estar em contacto com as emoções.					
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.					
12. As pessoas dizem para mim coisas sobre os meus sentimentos.					
13. Não sei o que me passa dentro de mim.					
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado.					
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas atividades do que sobre os seus sentimentos.					
16. Prefiro assistir a espetáculos ligeiros a dramas psicológicos.					
17. É-me difícil partilhar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos e familiares.					
18. Não gosto de sentir-me próximo de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.					
19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.					
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.					

## Questionário II

Indique, de acordo com a seguinte escala, o seu grau de concordância com cada uma das afirmações. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação. Assinale apenas uma resposta para cada afirmação.

1. Concordo totalmente
2. Concordo em parte
3. Nem discordo nem concordo
4. Discordo em parte
5. Discordo totalmente

	1	3	4	5
1. É-me difícil encontrar palavras para exprimir o que sinto.				
2. Muitas vezes antes de adormecer, imagino eventos, enredo de conversas.				
3. Quando estou perturbado(a), sei se estou ansioso(a), se estou triste, ou irritado(a).				
4. Quando algo acontece totalmente de improviso, fico muito calmo(a) e imperturbável.				
5. Normalmente não me preocupo nada com os meus sentimentos.				
6. Gosto de falar com os outros sobre as minhas emoções.				
7. Perco muito pouco tempo com devaneios e deixar-me levar pela minha imaginação.				
8. Quando estou tenso(a), não chego a saber o que o meu estado emocional resulta disso.				
9. Quando vejo alguém chorar, não consigo ficar imperturbável.				
10. Devemos esforçar-nos para tentar perceber os nossos sentimentos.				
11. Mesmo com pessoas a quem conheço, tenho dificuldades em falar dos meus sentimentos.				
12. Uso muitas vezes a imaginação.				
13. Quando me sinto sobrecarregado e sobrecarregado, geralmente consigo entender o porquê.				
14. Quando à noite vou dormir, os meus amigos discutem violentamente o meu estado.				
15. Quando me sinto tenso(a), não me apetece estar a complicar as coisas tentando perceber o porquê.				
16. Quando tenho de dizer o que sinto, tenho dificuldades em encontrar palavras para isso.				
17. Tenho pouco interesse em contos de fantasias e histórias de aventuras.				
18. Quando me sinto alegre, não chego a saber se estou bem, se estou eufórico(a) ou feliz.				
19. Muitas vezes sinto-me emocionado(a) sem saber bem porquê.				
20. Quando não me sinto bem na minha pele, tento compreender o porquê de me sentir assim.				
21. Muitas vezes as pessoas dizem-me que eu devia falar mais dos meus sentimentos.				
22. Normalmente me deixo levar pela minha imaginação.				
23. Não sei o que se passa dentro de mim mesmo(a).				

24. Mesmo quando os outros se entusiasmam por alguma coisa eu fico mais ou menos indiferente.					
25. Não há grande coisa para compreender relativamente às emoções.					
26. Quando fico abalado(a) por alguma coisa, falo com os outros sobre o que sinto.					
27. Gosto de imaginar histórias loucas e fantasiosas.					
28. Quando me sinto mal, sei se estou assustado(a), se desanimado(a) ou triste.					
29. Os acontecimentos imprevistos deixam-me, muitas vezes, transtornado.					
30. Acho que nos devemos manter atentos aos nossos sentimentos.					
31. Consigo exprimir-me bem sobre os meus sentimentos.					
32. Acho que devanear sobre assuntos ou acontecimentos imaginários é uma perda de tempo.					
33. Quando estou aborrecido(a) comigo mesmo não chego a saber se estou triste, se assustado(a), ou se infeliz.					
34. Aceito as decepções sem me deixar emocionar.					
35. Acho estranho como as pessoas analisam tantas coisas e suas emoções.					
36. Quando falo com as pessoas, procuro falar mais sobre as coisas do dia-a-dia do que dos meus sentimentos.					
37. Quando não tenho muito que fazer começo a devanear.					
38. Quando estou animado(a), sei se estou entusiasmado(a), se alegre ou eufórico(a).					
39. Quando vejo alguém chorar terrivelmente sinto consumir pela tristeza.					
40. Quando estou nervoso(a) tenho dificuldade em saber ao certo de onde vem essa sensação.					

### Questionário III

Para cada questão indique, de acordo com a seguinte escala, com que frequência se sentiu ou pensou de determinado modo, **durante o último mês**. Indique com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação. Assinale apenas uma resposta para cada afirmação.

- 0. Nunca
- 1. Quase nunca
- 2. Algumas vezes
- 3. Frequentemente
- 4. Muito frequente

	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) com a causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) em stress?					
4. No último mês, com que frequência sentiu diminuir a sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que conseguia lidar com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência conseguiu ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular e que não as conseguia ultrapassar?					

### Questionário IV

Indique, de acordo com a seguinte escala, o seu grau de concordância com cada uma das afirmações. Para cada questão indique, com uma cruz (X), a alternativa que melhor se adapta à sua situação. Assinale apenas uma resposta para cada afirmação.

0. Não me descreve bem
1. Descreve-me um pouco
2. Descreve-me moderadamente
3. Descreve-me bem
4. Descreve-me muito bem

	0	1	2	3	4
1. Tenho muitas vezes sentimentos de ternura e preocupação pelas pessoas menos afortunadas do que eu.					
2. De vez em quando tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista dos outros.					
3. Às vezes, não sinto muita pena quando as outras pessoas têm a ter problemas.					
4. Facilmente me deixo envolver nos sentimentos das personagens de um romance.					
5. Em situações de emergência sinto-me desorientado(a) e apreensivo(a).					
6. Habitualmente mantenho a objetividade ao ver um filme ou um teatro e não me deixo envolver por completo.					
7. Quando há um desacordo, tento considerar a situação sob dois pontos de vista antes de tomar uma decisão.					
8. Quando vejo que se estão a fazer coisas de uma pessoa, sinto vontade de a proteger.					
9. Por vezes tento compreender melhor os meus amigos imaginando a sua perspectiva de ver as coisas.					
10. É raro ficar completamente envolvido(a) num bom livro ou filme.					
11. Quando vejo alguém fazer feio, tento a permanecer calmo(a).					
12. As desgraças dos outros não me costumam perturbar muito.					
13. Depois de ver um filme de teatro, sinto-me como se tivesse sido uma das personagens.					
14. Escutar numa situação emocional tensa assusta-me.					
15. Geralmente sou muito eficaz a lidar com emergências.					
16. Fico muitas vezes emocionado(a) com coisas que vejo acontecer.					
17. Penso que uma questão tem sempre dois lados e tento olhar para ambos.					
18. Descrever-me-ia como uma pessoa de coração mole.					
19. Quando vejo um bom filme, consigo facilmente pôr-me no lugar do protagonista.					
20. Tento não perder o controlo em situações de emergência.					
21. Quando estou aborrecido(a) com alguém, geralmente tento pôr-me no seu lugar por um momento.					

22. Quando estou a ler uma história ou um romance interessante, imagino como me sentiria se aqueles acontecimentos se tivessem passado comigo.					
23. Quando vejo alguém numa emergência a precisar muito de ajuda, fico completamente perdido(a).					
24. Antes de criticar alguém, tento imaginar como me sentiria se estivesse no seu lugar.					

**NÃO REPRODUZIR**



## Questionário V

Indique, de acordo com a seguinte escala, o seu grau de concordância com cada um dos adjetivos. Para cada adjetivo, assinale com uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação **durante os últimos sete dias, incluindo o dia de hoje**. Assinale apenas uma resposta para cada alínea.

- 0. Nada
- 1. Um pouco
- 2. Moderadamente
- 3. Bastante
- 4. MUITÍSSIMO

	0	1	2	3	4
1. Tenso					
2. Irritado					
3. Imprestável					
4. Esgotado					
5. Animado					
6. Confuso					
7. Triste					
8. Ativo					
9. Mal-humorado					
10. Enérgico					
11. Sem valor					
12. Inquieto					
13. Fatigado					
14. Aborrecido					
15. Desencorajado					
16. Nervoso					
17. Só					
18. Baralhado					
19. Exausto					
20. Ansioso					
21. Desanimado					
22. Sem energia					
23. Misturado					
24. Desnorteado					
25. Desorientado					
26. Ineficaz					
27. Vigoroso					
28. Bem feito					
29. Desajeitado					
30. Desanimado					
31. Impaciente					
32. Cheio de boa disposição					

33. Inútil						
34. Estourado						
35. Competente						
36. Culpado						
37. Enervado						
38. Infeliz						
39. Alegre						
40. Inseguro						
41. Cansado						
42. Apático						

NÃO REPRODUZIR

**Questionário VI**

Leia atentamente cada questão, assinalando com uma cruz (X), a alternativa que melhor descreve a forma como se tem sentido **durante a última semana**. Assinale apenas uma resposta para cada afirmação.

**1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a):**

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

**2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:**

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto agora
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

**3. Tenho uma sensação de medo, como se algo tivesse de me acontecer:**

- ☐ Sim e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco, mas não me aflige
- ☐ De modo algum

**4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:**

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

**5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:**

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

**6. Sinto-me cansado(a):**

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

**7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a):**

- ☐ Quase sempre

- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

**8.** Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

**9.** Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

**10.** Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:

- ☐ Completamente
- ☐ Não dou a atenção que devia
- ☐ Talvez cuide menos que antes
- ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre

**11.** Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a):

- ☐ Muito
- ☐ Bastante
- ☐ Não muito
- ☐ Nada

**12.** Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Bastante menos agora
- ☐ Quase nunca

**13.** De repente tenho ataques de pânico:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ Bastante vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

**14.** Gosto de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

## ANEXO II

### Tabelas Descritivas por Grupo

		Curso			
		FDUL		FMUL	
		Freq	%	Freq	%
Género	Feminino	31	77,5%	23	59,0%
	Masculino	9	22,5%	16	41,0%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
Ano	1	0	0,0%	1	2,6%
	2	0	0,0%	26	66,7%
	3	39	100,0%	0	0,0%
	5	0	0,0%	12	30,8%
	Total	39	100,0%	39	100,0%
Estar num relacionamento	Sim	30	75,0%	18	46,2%
	Não	10	25,0%	21	53,8%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
Estar deslocado	Sim	15	37,5%	21	53,8%
	Não	25	62,5%	18	46,2%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
Tomar algum medicamento	Sim	10	25,0%	9	23,1%
	Não	30	75,0%	30	76,9%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
Historial de Doença Familiar	Sim	9	22,5%	12	30,8%
	Não	31	77,5%	27	69,2%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
Historial de Consumo de Drogas	Sim	8	20,0%	4	10,3%
	Não	32	80,0%	35	89,7%
	Total	40	100,0%	39	100,0%

		Curso			
		FDUL		FMUL	
		Freq	%	Freq	%
TAS-20 TOT PT (3 categorias)	Não Alexitímico	4	10,0%	5	12,8%
	Intermédio	25	62,5%	28	71,8%
	Alexitímico	11	27,5%	6	15,4%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
TAS-20 F1-DIF (3 cat.) - Dificuldade em reconhecer sentimentos e diferenciá-los das sensações corporais	Preservação de F1	5	12,5%	6	15,4%
	Intermédio F1	32	80,0%	31	79,5%
	Prejuízo de F1	3	7,5%	2	5,1%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
TAS-20 F2-DDF (3 cat.) - Dificuldade em descrever sentimentos a outros	Preservação de F2	12	30,0%	9	23,1%
	Intermédio F2	18	45,0%	24	61,5%
	Prejuízo de F2	10	25,0%	6	15,4%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
TAS-20 F3-EOT (3 cat.) - Padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado	Preservação de F3	2	5,0%	0	0,0%
	Intermédio F3	28	70,0%	38	97,4%
	Prejuízo de F3	10	25,0%	1	2,6%
	Total	40	100,0%	39	100,0%

		Curso			
		FDUL		FMUL	
		Freq	%	Freq	%
BVAQ E-Emocionalidade (3 cat.)	Preservação Emocionalidade	0	0,0%	0	0,0%
	Intermédio Emocionalidade	13	32,5%	7	17,9%
	Prejuízo Emocionalidade	27	67,5%	32	82,1%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
BVAQ F-Fantasiar (3 cat.)	Preservação Fantasiar	2	5,0%	3	7,7%
	Intermédio Fantasiar	14	35,0%	12	30,8%
	Prejuízo Fantasiar	24	60,0%	24	61,5%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
BVAQ I-Identificar (3 cat.)	Preservação Identificar	3	7,5%	2	5,1%
	Intermédio Identificar	11	27,5%	10	25,6%
	Prejuízo Identificar	26	65,0%	27	69,2%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
BVAQ V-Verbalizar (3 cat.)	Preservação Verbalizar	7	17,5%	5	12,8%
	Intermédio Verbalizar	19	47,5%	24	61,5%
	Prejuízo Verbalizar	14	35,0%	10	25,6%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
BVAQ A-Analisar (3 cat.)	Preservação Analisar	1	2,5%	1	2,6%
	Intermédio Analisar	6	15,0%	4	10,3%
	Prejuízo Analisar	33	82,5%	34	87,2%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
BVAQ-Composto Afetivo (E e F) (3 cat.)	Preservação Composto Afetivo	1	2,5%	2	5,1%
	Intermédio Composto Afetivo	9	22,5%	7	17,9%
	Prejuízo Composto Afetivo	30	75,0%	30	76,9%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
BVAQ-Composto Cognitivo (I, V e A) (3 cat.)	Preservação Composto Cognitivo	1	2,5%	2	5,1%
	Intermédio Composto Cognitivo	10	25,0%	6	15,4%
	Prejuízo Composto Cognitivo	29	72,5%	31	79,5%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
BVAQ TOT- (3 cat.)	Não Alexitímico	1	2,5%	2	5,1%
	Intermédio	6	15,0%	6	15,4%
	Alexitímico	33	82,5%	31	79,5%
	Total	40	100,0%	39	100,0%

		Curso			
		FDUL		FMUL	
		Freq	%	Freq	%
PSS-10 (2 cat.)	Percepção <i>Stress</i> Normal	15	37,5%	22	56,4%
	Percepção <i>Stress</i> Patológica	25	62,5%	17	43,6%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
IRI-Domínio Afetivo (2 cat.)	IR_Afe <= mediana	22	55,0%	20	51,3%
	IR_Afe > mediana	18	45,0%	19	48,7%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
IRI-Domínio Cognitivo (2 cat.)	IR_Cog <= mediana	21	52,5%	21	53,8%
	IR_Cog > mediana	19	47,5%	18	46,2%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
IRI TOT (2 cat.)	IR_Tot <= mediana	26	65,0%	23	59,0%
	IR_Tot > mediana	14	35,0%	16	41,0%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
POMS TOT (3 cat.)	Humor Positivo	3	7,5%	4	10,3%
	Humor Intermédio	16	40,0%	18	46,2%
	Humor Negativo	21	52,5%	17	43,6%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
HADS A (2 cat.)	HADS_A <= 11 (Ausência de caso)	26	65,0%	29	74,4%
	HADS_A > 11 (Presença de caso)	14	35,0%	10	25,6%
	Total	40	100,0%	39	100,0%
HADS D (2 cat.)	HADS_D <= 11 (Ausência de caso)	38	95,0%	39	100,0%
	HADS_D > 11 (Presença de caso)	2	5,0%	0	0,0%
	Total	40	100,0%	39	100,0%

		Curso	
		FDUL	FMUL
TAS-20 F1-DIF - Dificuldade em reconhecer sentimentos e diferenciá-los das sensações corporais	Mean	16,6	15,0
	Standard Deviation	5,0	4,7
	Median	16,0	15,0
	Percentile 25	13,5	11,0
	Percentile 75	20,0	17,0
	Minimum	8	7
	Maximum	28	26
	Valid N	40	39
TAS-20 F2-DDF - Dificuldade em descrever sentimentos a outros	Mean	13,6	13,5
	Standard Deviation	5,2	4,7
	Median	13,5	13,0
	Percentile 25	9,0	10,0
	Percentile 75	17,5	16,0
	Minimum	6	6
	Maximum	24	24
	Valid N	40	39
TAS-20 F3-EOT - Padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado	Mean	18,9	17,8
	Standard Deviation	4,0	2,7
	Median	18,5	18,0
	Percentile 25	16,5	16,0
	Percentile 75	21,5	20,0
	Minimum	9	13
	Maximum	30	25

TAS-20 TOT	Valid N	40	39
	Mean	49,3	46,3
	Standard Deviation	10,8	9,5
	Median	47,5	45,0
	Percentile 25	40,5	40,0
	Percentile 75	58,5	51,0
	Minimum	31	29
	Maximum	73	70
	Valid N	40	39

		Curso	
		FDUL	FMUL
BVAQ E-Emocionalidade	Mean	27,2	27,1
	Standard Deviation	6,7	5,1
	Median	28,5	28,0
	Percentile 25	21,0	24,0
	Percentile 75	33,0	31,0
	Minimum	16	16
	Maximum	39	35
	Valid N	40	39
BVAQ F-Fantasiar	Mean	27,2	25,9
	Standard Deviation	6,4	6,8
	Median	27,5	28,0
	Percentile 25	24,0	21,0
	Percentile 75	32,0	31,0
	Minimum	10	10
	Maximum	37	40
	Valid N	40	39
BVAQ I-Identificar	Mean	26,2	27,7
	Standard Deviation	5,9	7,8
	Median	28,0	27,0
	Percentile 25	23,0	23,0
	Percentile 75	29,5	35,0
	Minimum	13	9
	Maximum	37	40
	Valid N	40	39
BVAQ V-Verbalizar	Mean	25,4	24,8
	Standard Deviation	7,6	6,4
	Median	27,0	24,0
	Percentile 25	19,5	20,0
	Percentile 75	32,0	30,0
	Minimum	9	11
	Maximum	37	36
	Valid N	40	39
BVAQ A-Analisar	Mean	28,1	29,9
	Standard Deviation	7,2	7,7
	Median	29,0	32,0
	Percentile 25	23,0	28,0
	Percentile 75	33,0	35,0
	Minimum	11	9
	Maximum	40	39
	Valid N	40	39
BVAQ-Composto Afetivo (E e F)	Mean	54,4	53,0
	Standard Deviation	11,3	10,3
	Median	56,0	55,0



	Percentile 25	45,5	46,0
	Percentile 75	62,0	61,0
	Minimum	28	28
	Maximum	73	71
	Valid N	40	39
BVAQ-Composto Cognitivo (I, V e A)	Mean	79,7	82,5
	Standard Deviation	15,5	17,5
	Median	81,5	86,0
	Percentile 25	69,5	74,0
	Percentile 75	92,0	93,0
	Minimum	43	39
	Maximum	104	111
	Valid N	40	39
BVAQ TOT	Mean	134,0	135,7
	Standard Deviation	23,6	25,8
	Median	137,5	143,0
	Percentile 25	120,0	117,0
	Percentile 75	156,5	153,0
	Minimum	78	67
	Maximum	169	172
	Valid N	40	39

		Curso	
		FDUL	FMUL
PSS-10	Mean	23,3	19,1
	Standard Deviation	7,8	7,0
	Median	25,5	21,0
	Percentile 25	17,0	14,0
	Percentile 75	28,5	25,0
	Minimum	3	4
	Maximum	36	33
	Valid N	40	39
HADS A- Ansiedade	Mean	10,5	8,7
	Standard Deviation	5,1	4,2
	Median	10,0	8,0
	Percentile 25	7,5	6,0
	Percentile 75	12,0	12,0
	Minimum	2	1
	Maximum	32	18
	Valid N	40	39
HADS D- Depressão	Mean	6,0	3,5
	Standard Deviation	3,5	3,0
	Median	5,0	2,0
	Percentile 25	3,5	1,0
	Percentile 75	8,0	5,0
	Minimum	0	0
	Maximum	15	11
	Valid N	40	39

		Curso	
		FDUL	FMUL
IRI DP- Desconforto Pessoal	Mean	11,1	11,8
	Standard Deviation	4,1	3,9
	Median	11,0	11,0
	Percentile 25	9,0	9,0
	Percentile 75	13,5	15,0
	Minimum	2	4
	Maximum	22	21
	Valid N	40	39
IRI F- Fantasia	Mean	12,8	11,7
	Standard Deviation	3,4	2,9
	Median	12,5	12,0
	Percentile 25	10,0	9,0
	Percentile 75	15,5	13,0
	Minimum	6	6
	Maximum	19	18
	Valid N	40	39
IRI PE-Preocupação Empática	Mean	13,5	13,7
	Standard Deviation	2,3	2,2
	Median	14,0	14,0
	Percentile 25	11,5	12,0
	Percentile 75	15,0	15,0
	Minimum	10	10
	Maximum	21	18
	Valid N	40	39
IRI-Domínio Afetivo (DP, F e PE)	Mean	37,3	37,2
	Standard Deviation	4,7	4,9
	Median	37,0	37,0
	Percentile 25	34,5	34,0
	Percentile 75	40,0	40,0
	Minimum	25,00	28,00
	Maximum	47,00	51,00
	Valid N	40	39
IRI-Domínio Cognitivo (TP)	Mean	12,1	12,5
	Standard Deviation	1,8	2,3
	Median	12,0	12,0
	Percentile 25	11,0	10,0
	Percentile 75	13,0	14,0
	Minimum	7	8
	Maximum	16	17
	Valid N	40	39
IRI TOT	Mean	49,5	49,7
	Standard Deviation	5,3	6,1
	Median	50,0	50,0
	Percentile 25	47,5	45,0
	Percentile 75	52,0	54,0
	Minimum	37	40
	Maximum	61	66
	Valid N	40	39

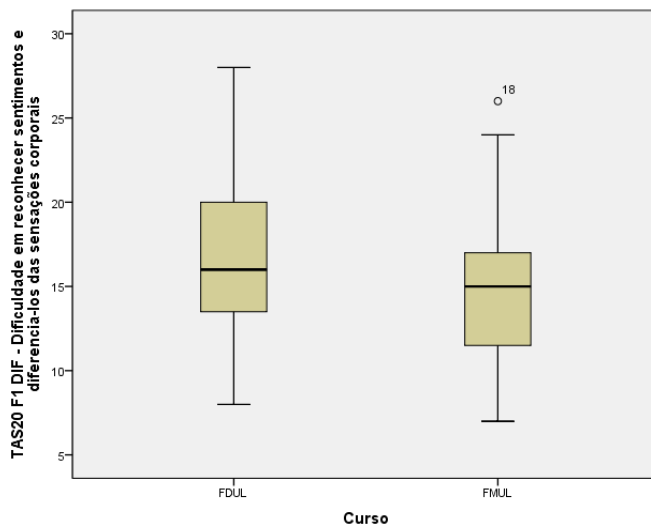
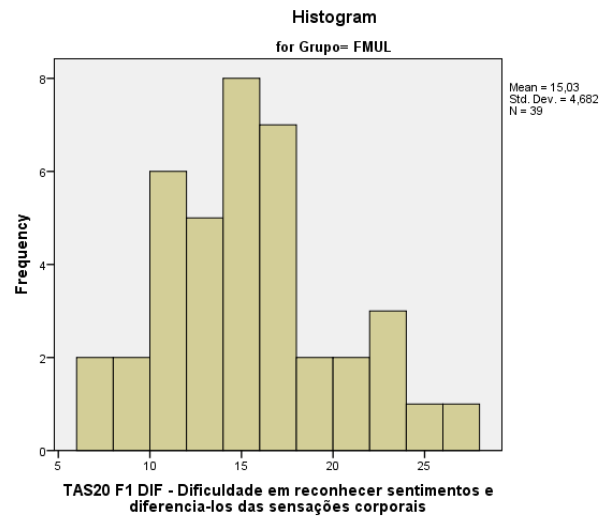
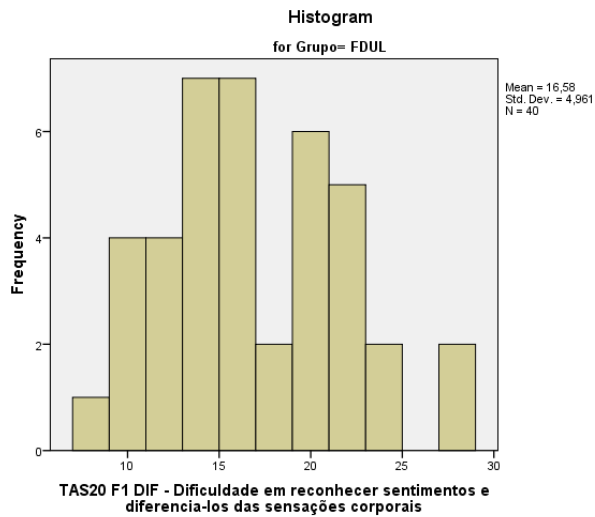
		FDUL	FMUL
POMS EDT- Escala de Desajuste de Treino	Mean	5,2	3,1
	Standard Deviation	5,6	3,2
	Median	3,5	2,0
	Percentile 25	1,0	1,0
	Percentile 75	6,0	5,0
	Minimum	0	0
	Maximum	19	13
	Valid N	40	39
POMS T- Tensão- Ansiedade	Mean	12,4	13,2
	Standard Deviation	5,1	4,2
	Median	12,5	14,0
	Percentile 25	8,5	10,0
	Percentile 75	17,0	16,0
	Minimum	1	4
	Maximum	22	22
	Valid N	40	39
POMS H- Hostilidade-Ira	Mean	8,7	7,6
	Standard Deviation	5,1	4,3
	Median	9,0	7,0
	Percentile 25	3,5	4,0
	Percentile 75	13,0	11,0
	Minimum	0	0
	Maximum	18	15
	Valid N	40	39
POMS F- Fadiga-Inércia	Mean	12,7	10,8
	Standard Deviation	6,3	5,4
	Median	14,0	11,0
	Percentile 25	8,5	7,0
	Percentile 75	17,0	14,0
	Minimum	0	0
	Maximum	24	22
	Valid N	40	39
POMS V- Vigor- Atividade	Mean	11,9	13,4
	Standard Deviation	4,4	5,3
	Median	12,0	14,0
	Percentile 25	9,0	9,0
	Percentile 75	15,0	18,0
	Minimum	2	1
	Maximum	23	24
	Valid N	40	39
POMS C- Confusão- Desorientação	Mean	9,8	8,1
	Standard Deviation	4,4	3,7
	Median	9,0	8,0
	Percentile 25	7,0	5,0
	Percentile 75	11,5	11,0
	Minimum	2	2
	Maximum	21	17
	Valid N	40	39
POMS D- Depressão- Melancolia	Mean	8,9	6,2
	Standard Deviation	6,0	4,3
	Median	7,0	6,0
	Percentile 25	4,5	3,0
	Percentile 75	13,0	10,0

POMS TOT	Minimum	0	0
	Maximum	23	15
	Valid N	40	39
	Mean	139,6	132,5
	Standard Deviation	24,6	20,8
	Median	143,0	134,0
	Percentile 25	121,0	119,0
	Percentile 75	159,0	146,0
	Minimum	94	90
	Maximum	183	172
	Valid N	40	39

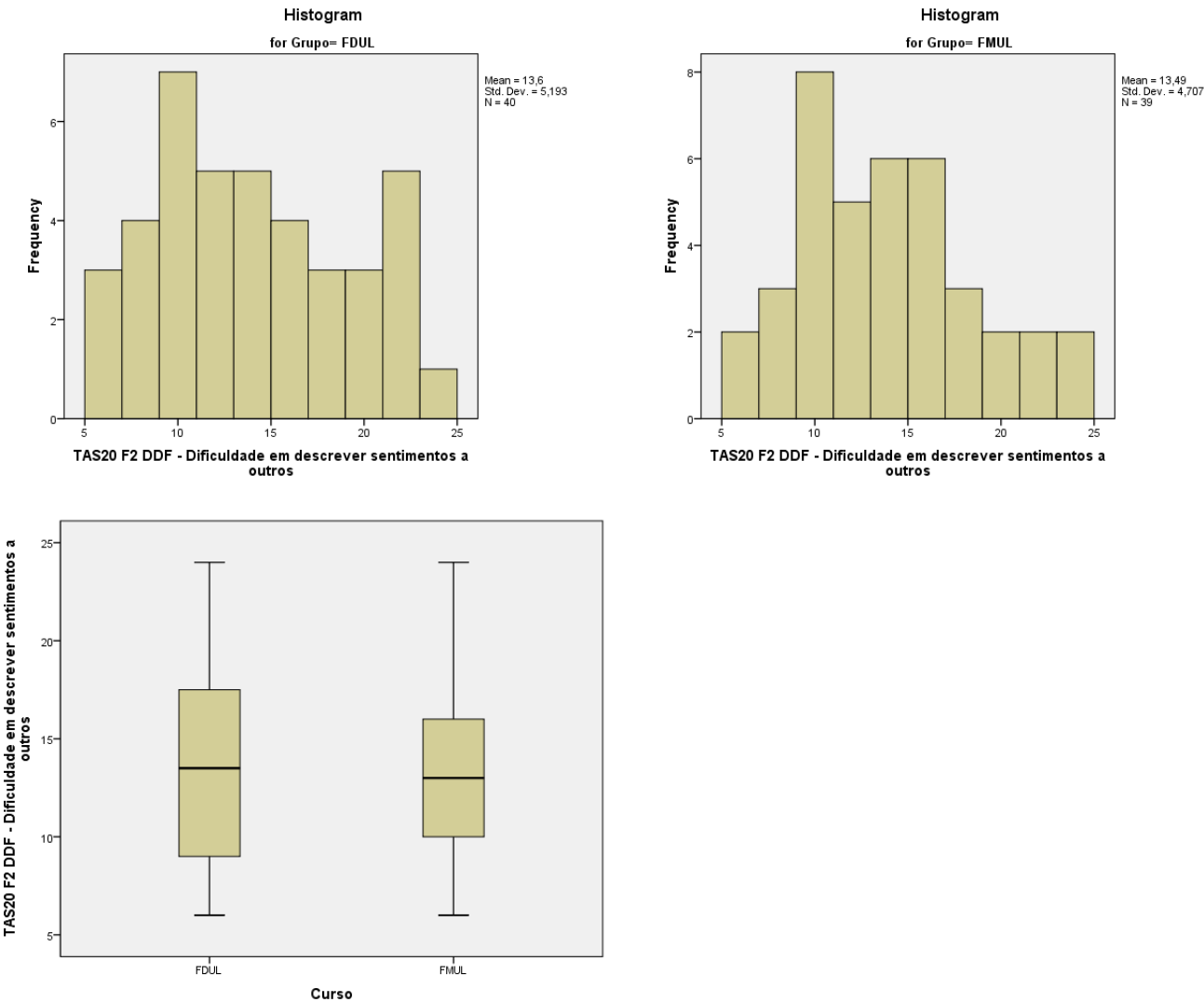
ANEXO III

Histogramas e Diagramas de Caixa e Bigodes por Grupo

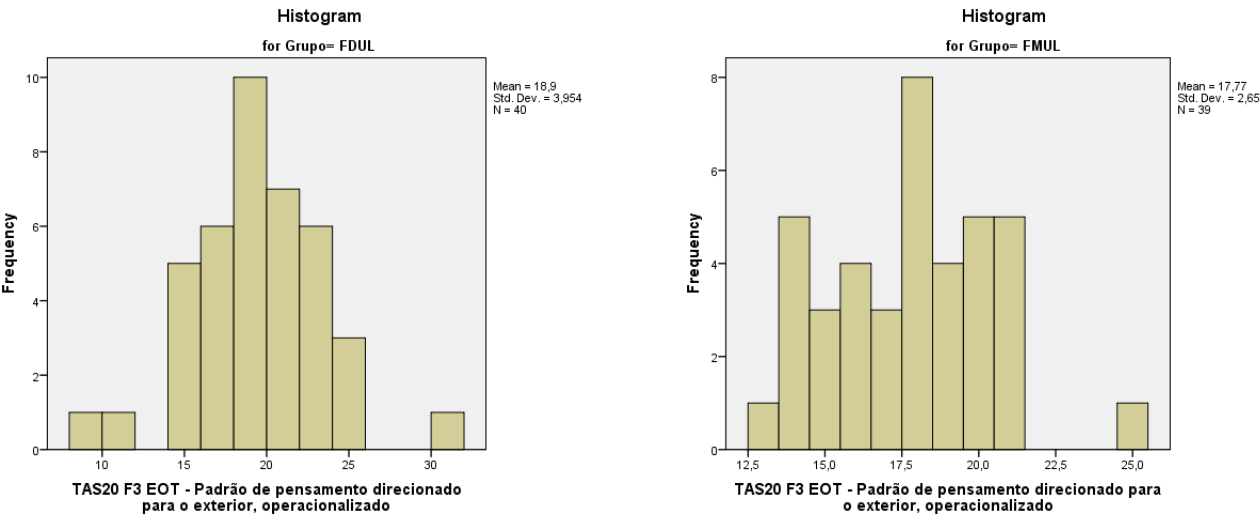
TAS-20 (F1-DIF) - Dificuldade em reconhecer sentimentos e diferenciá-los das sensações corporais

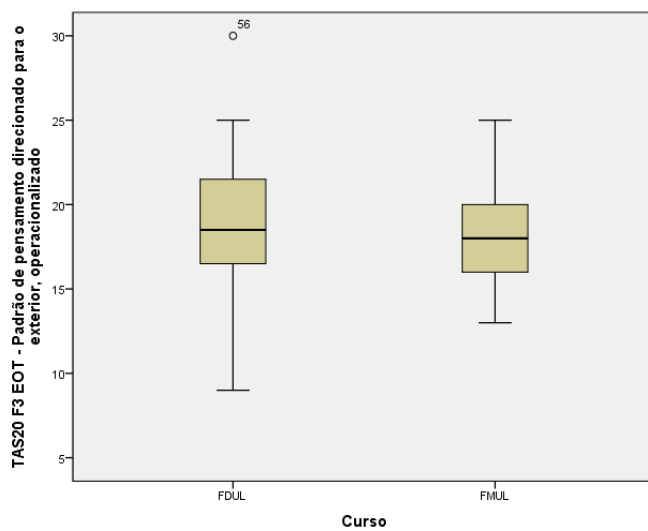


TAS-20 (F2-DDF) - Dificuldade em descrever sentimentos a outros

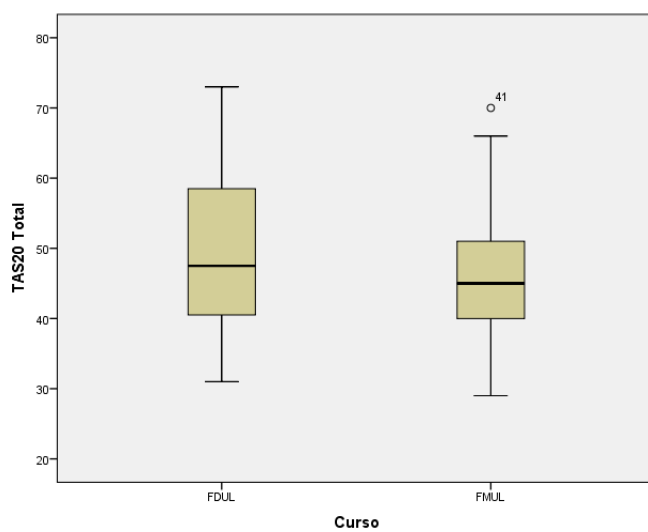
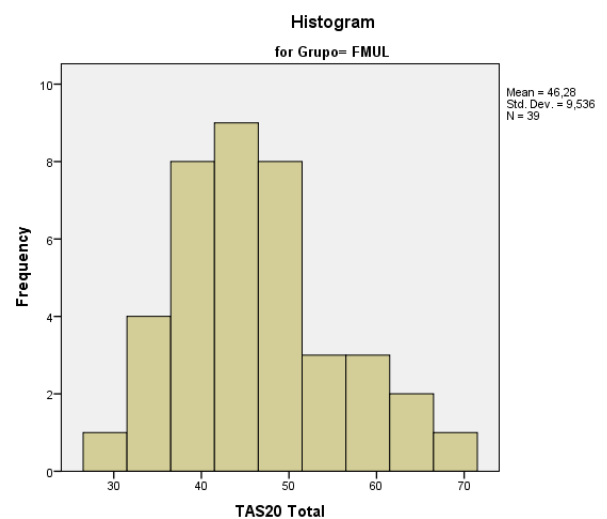
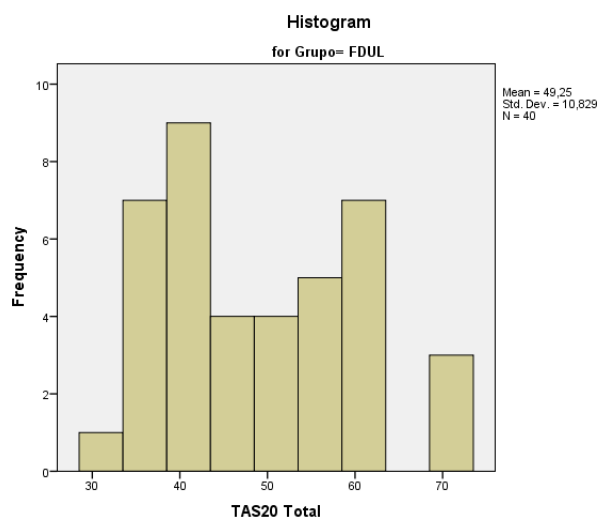


TAS-20 (F3-EOT) - Padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado

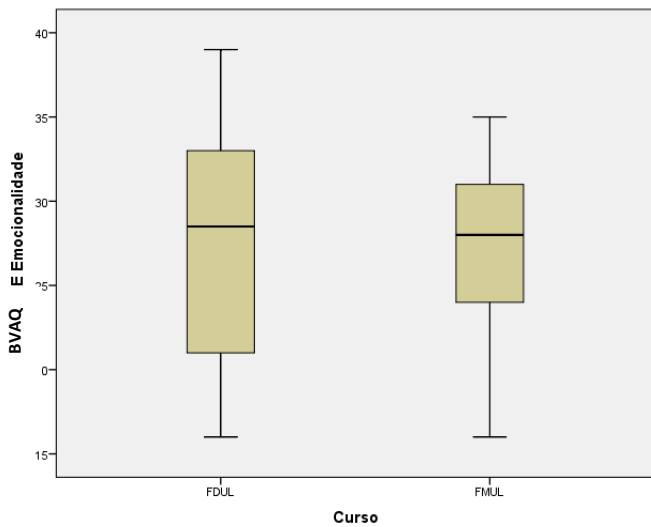
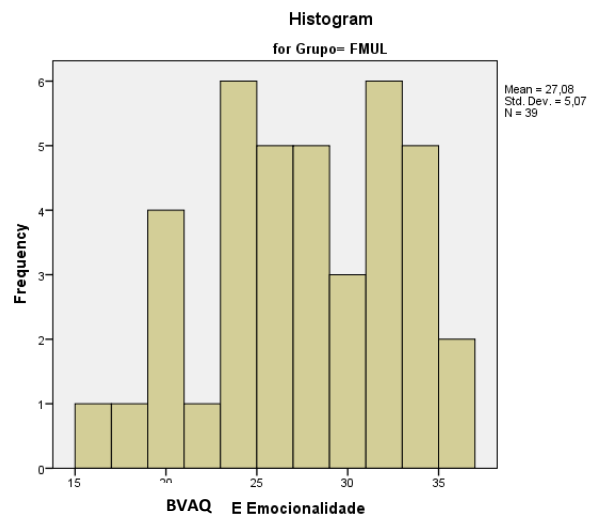
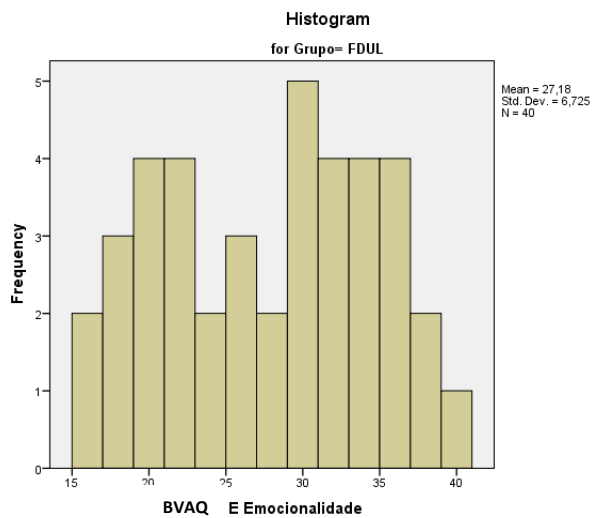




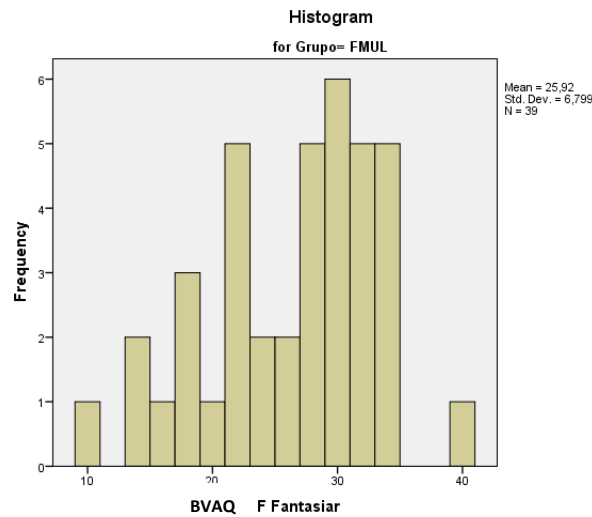
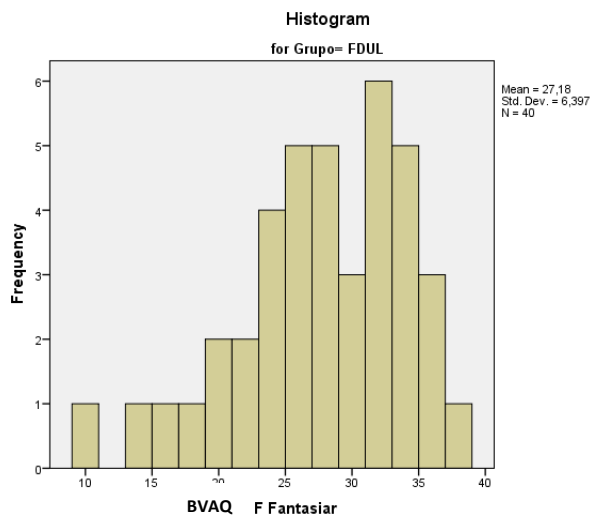
## TAS-20 TOT



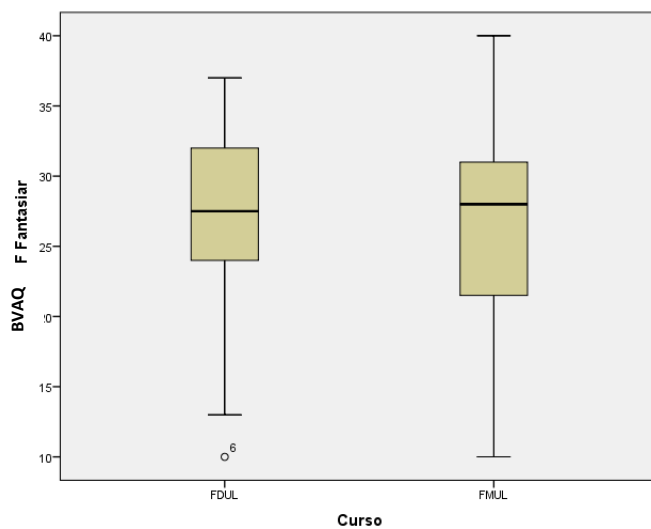
BVAQ (E) - Emocionalidade



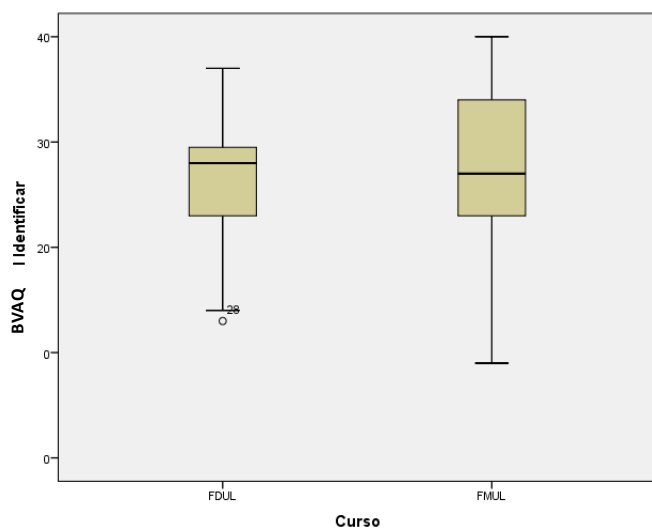
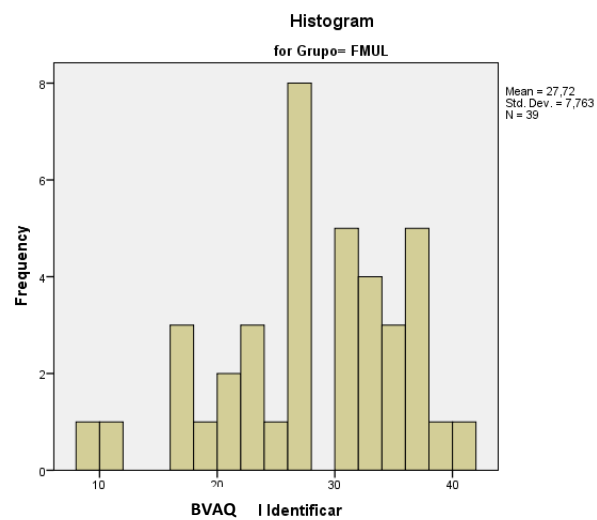
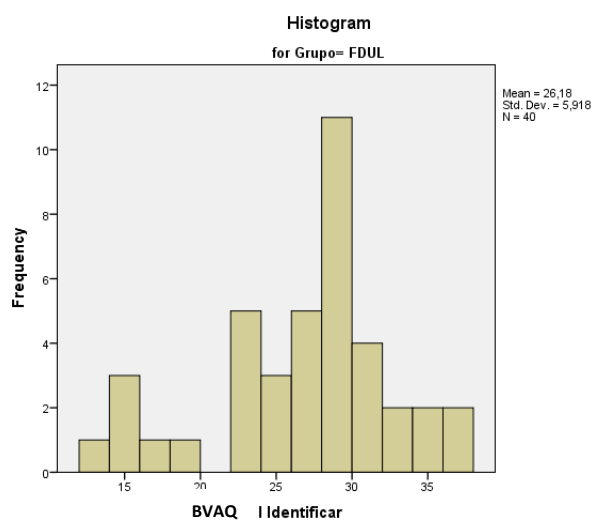
BVAQ (F) - Fantasiar



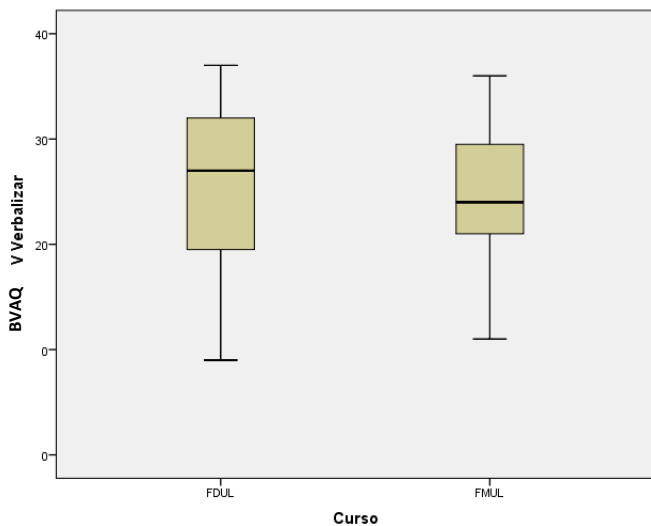
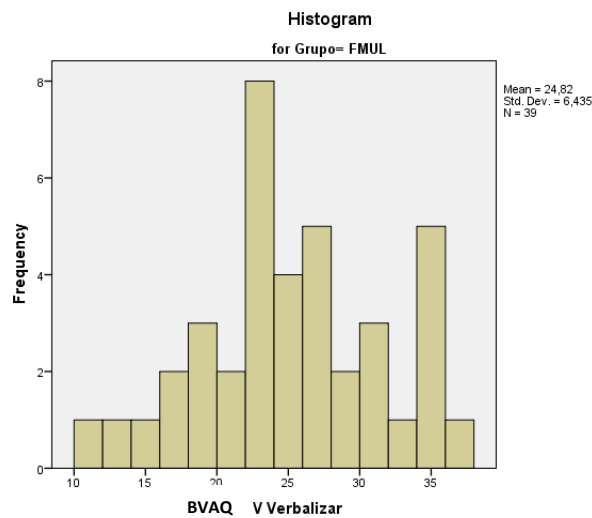
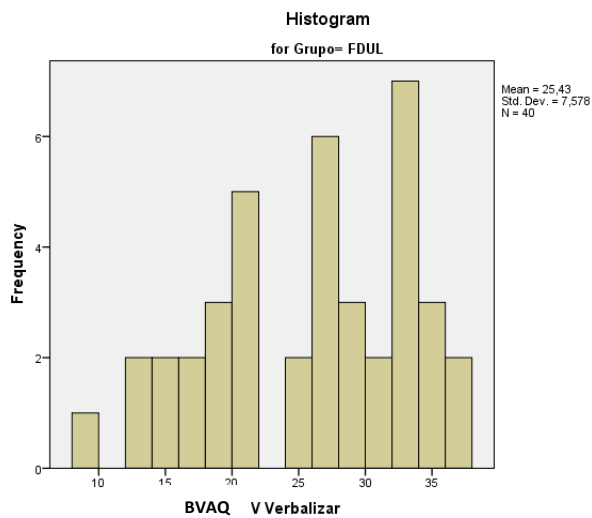




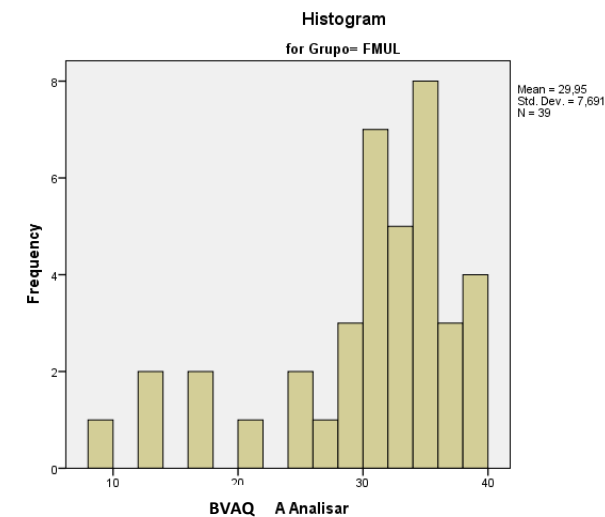
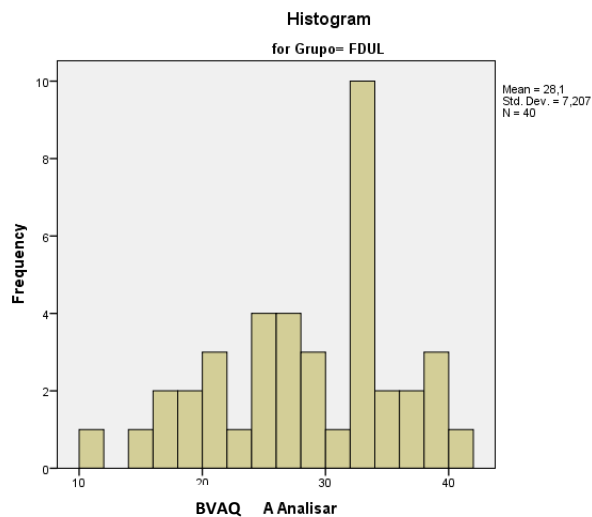
## BVAQ (I) - Identificar

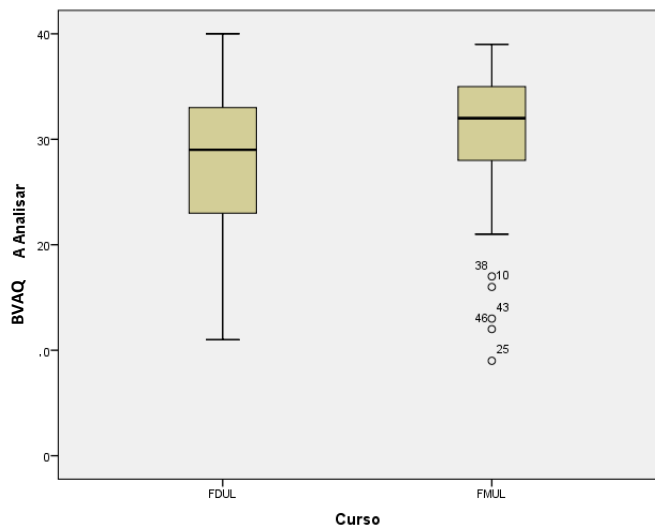


BVAQ (V) - Verbalizar

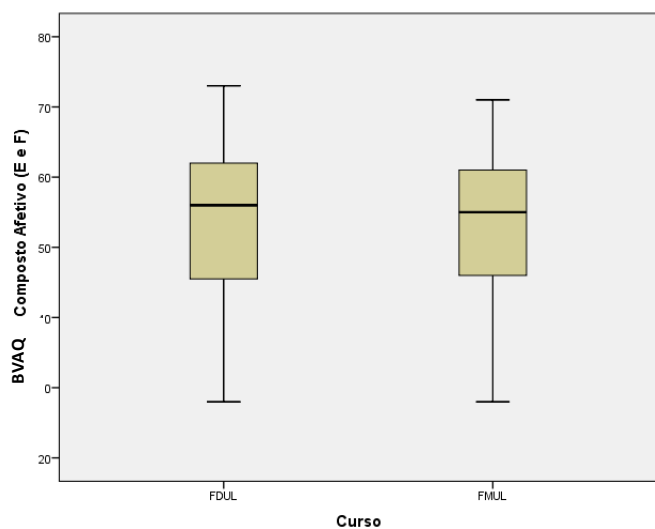
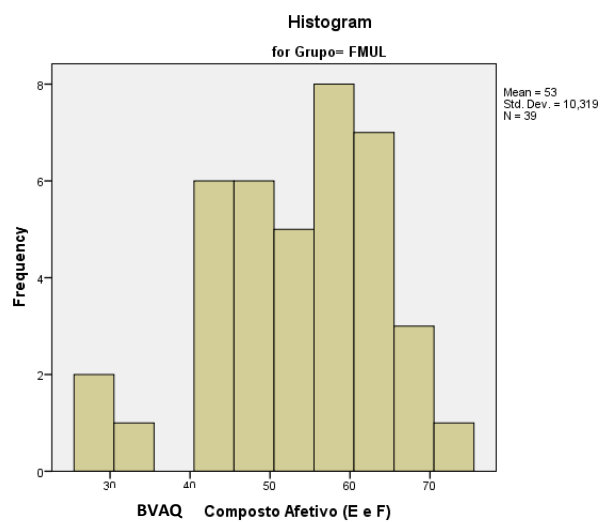
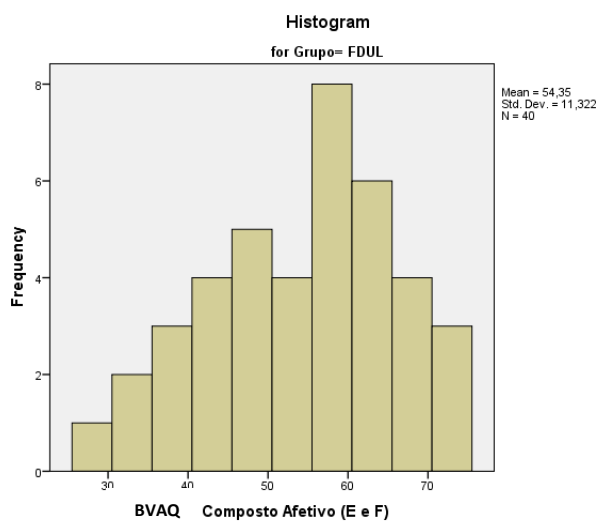


BVAQ (A)- Analisar

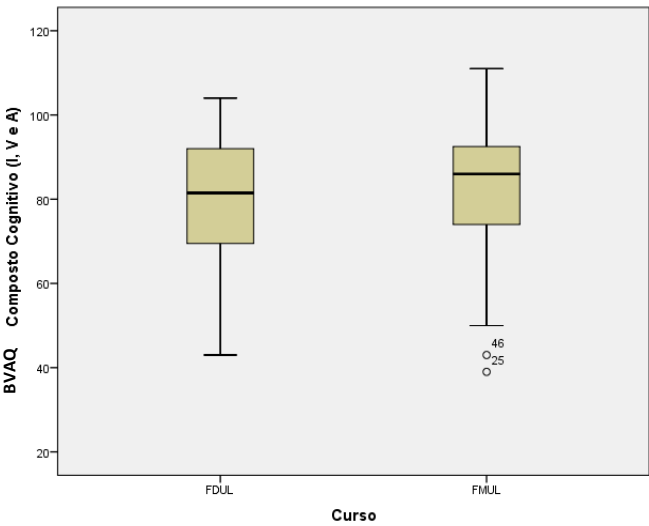
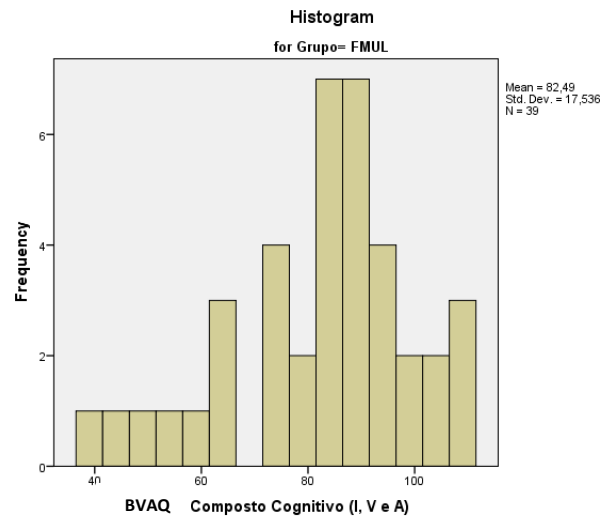
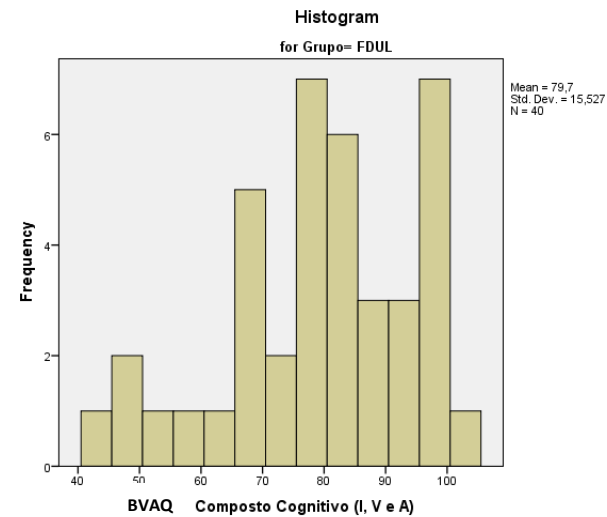




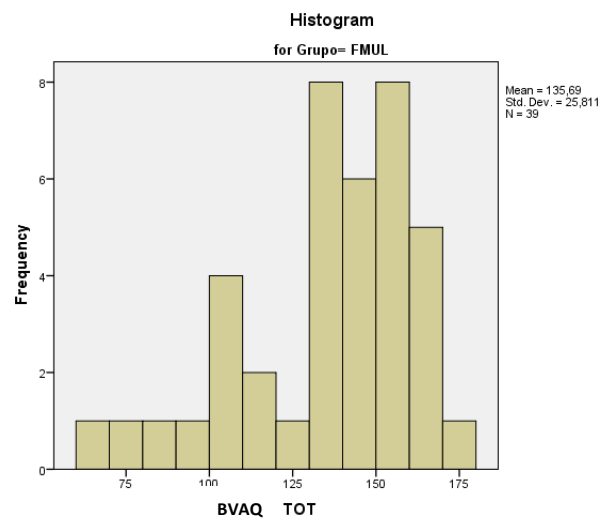
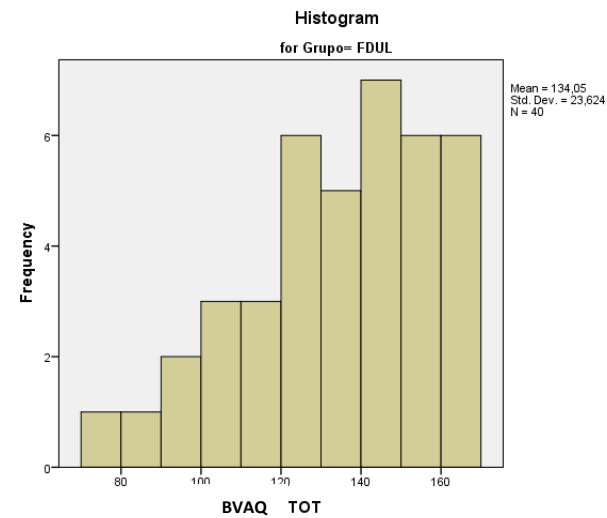
## BVAQ (E e F) - Composto Afetivo

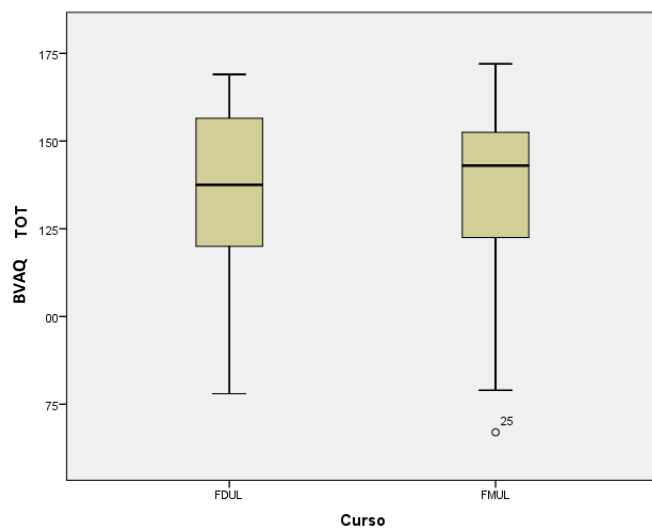


BVAQ (I, V e A) - Composto Cognitivo

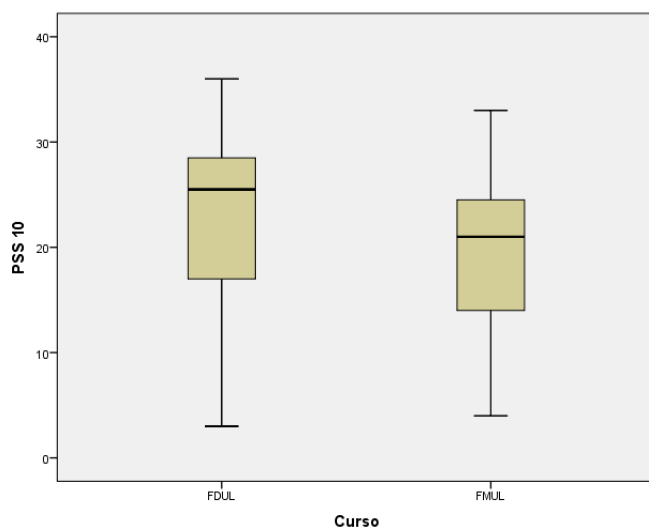
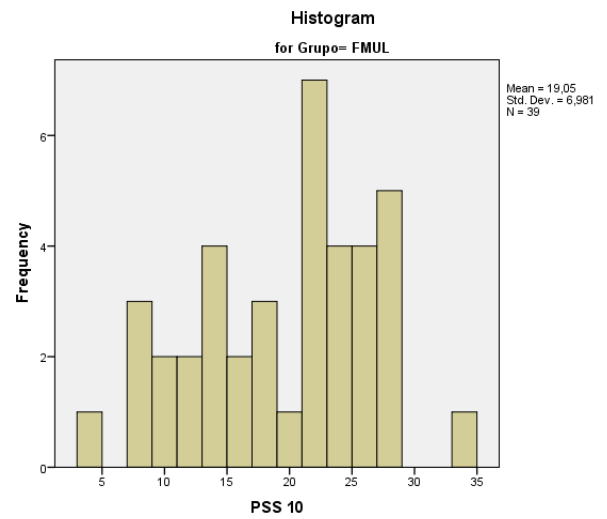
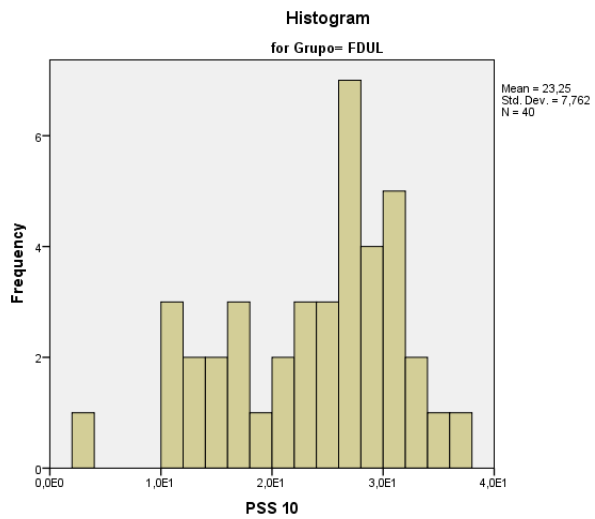


BVAQ TOT

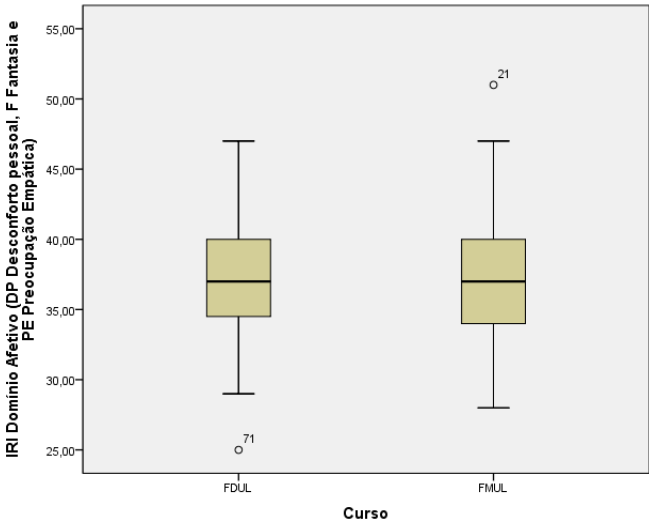
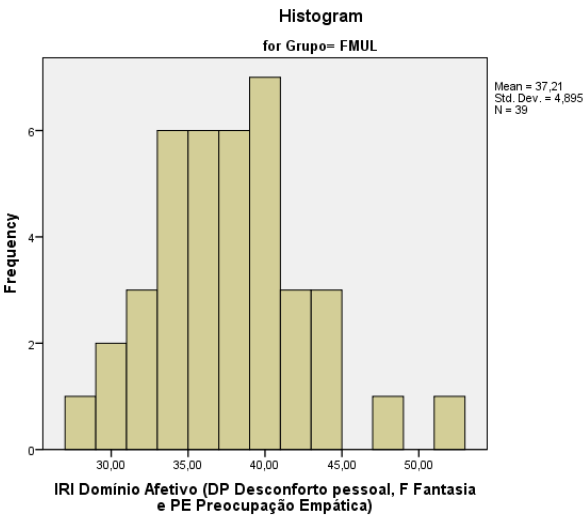
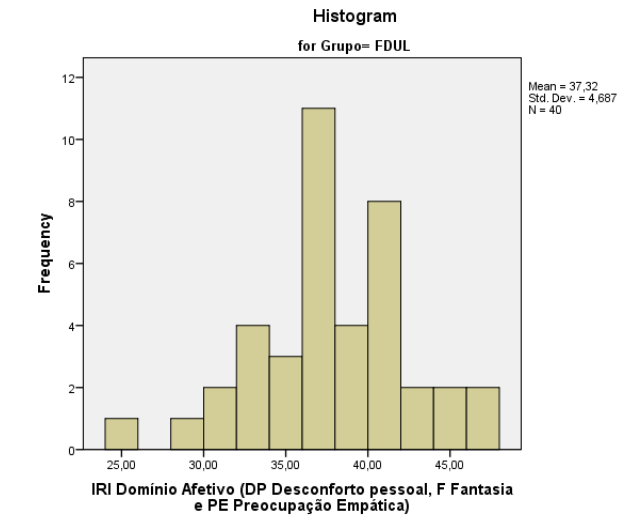




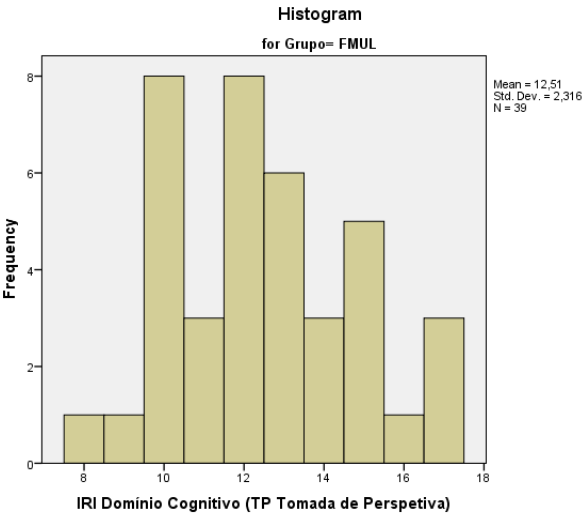
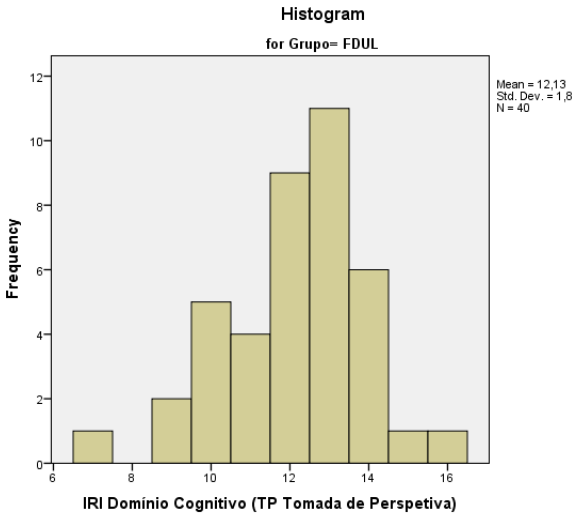
## PSS-10



IRI (DP, F e PE) - Domínio Afetivo

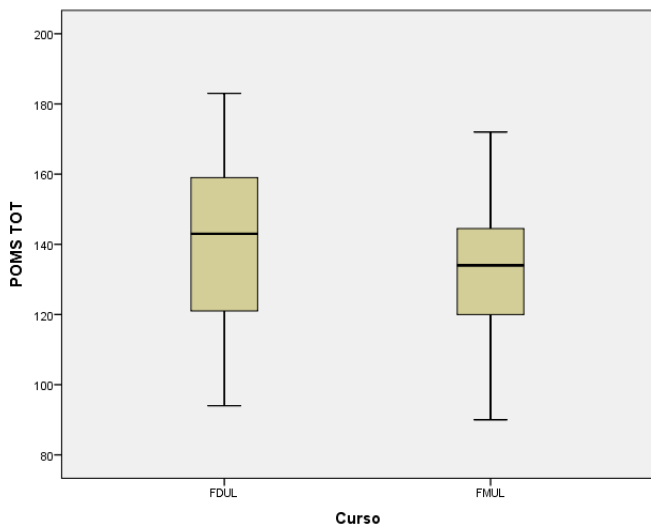
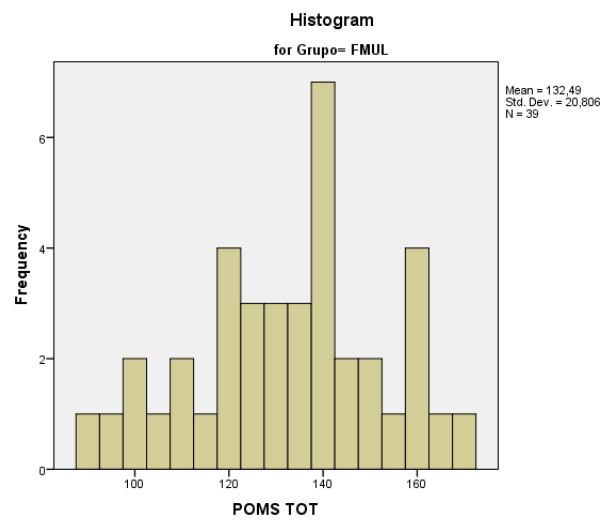
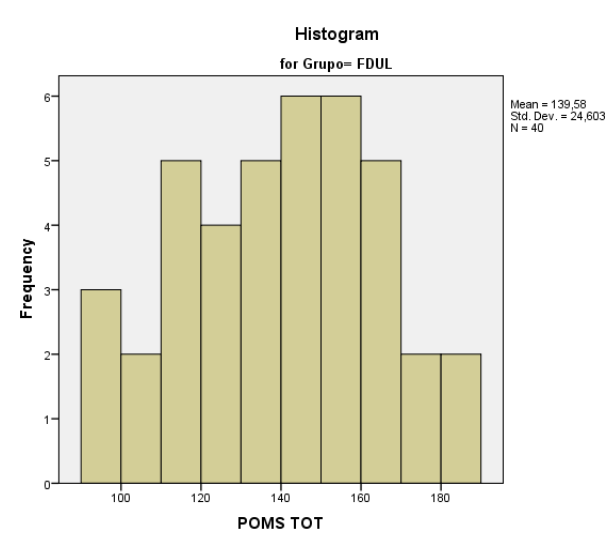


IRI (TP) - Domínio Cognitivo

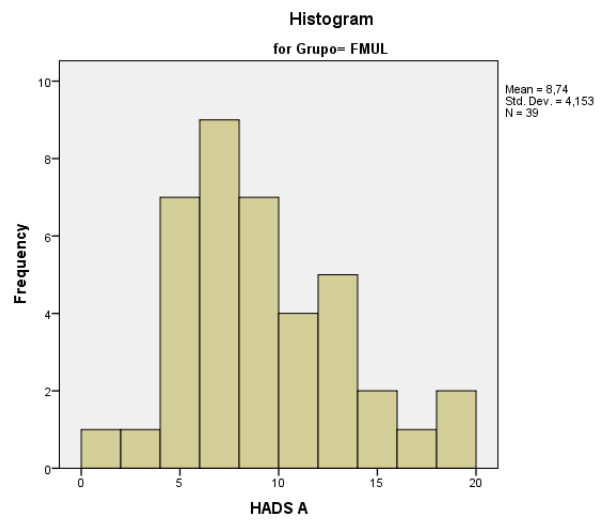
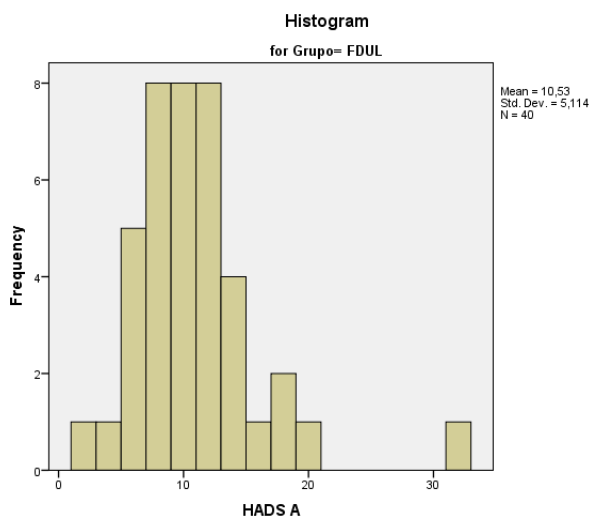




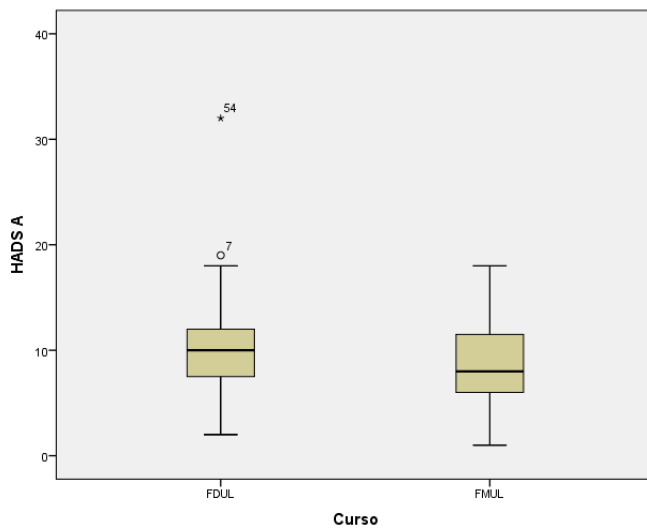
POMS TOT



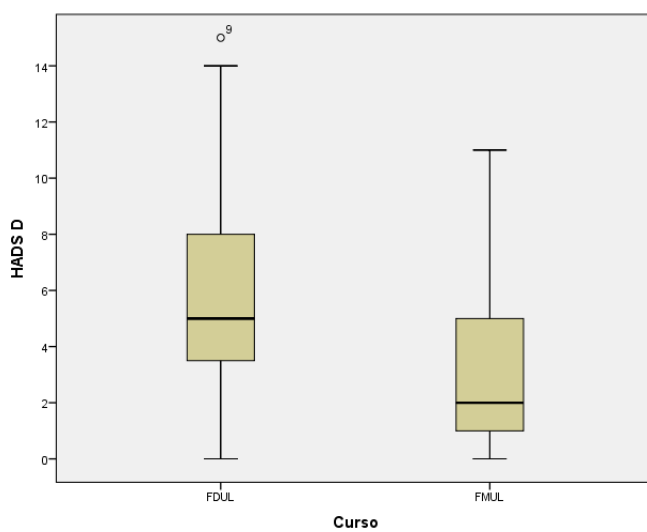
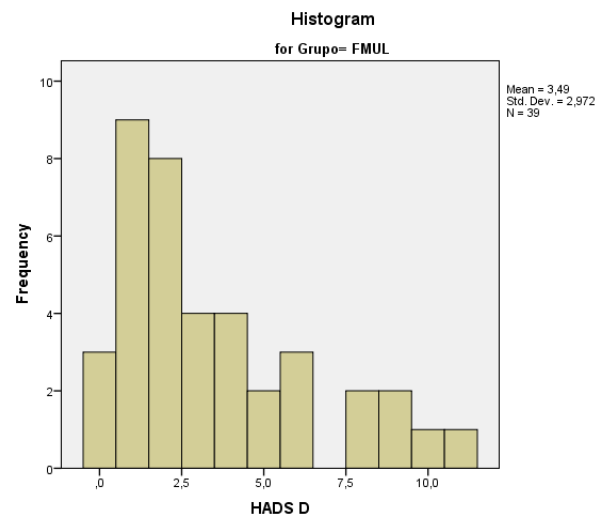
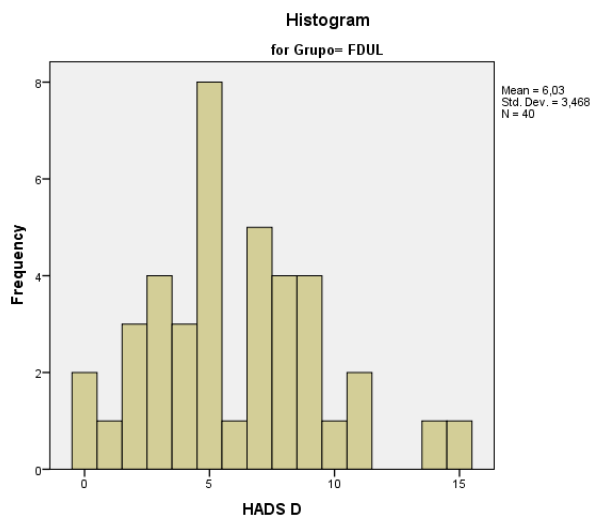
HADS (A) - Ansiedade







## HADS (D) - Depressão



## ANEXO IV

### Testes sobre Variáveis Qualitativas versus Grupos

#### Gênero \* Curso

**Crosstab**

		Curso		Total	
		FDUL	FMUL		
Género	Feminino	Count	31	23	54
		% within Curso	77,5%	59,0%	68,4%
		Adjusted Residual	1,8	-1,8	
	Masculino	Count	9	16	25
		% within Curso	22,5%	41,0%	31,6%
		Adjusted Residual	-1,8	1,8	
Total		Count	40	39	79
		% within Curso	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	3,133 <sup>a</sup>	1	,077	,094	,063	
Continuity Correction <sup>b</sup>	2,335	1	,126			
Likelihood Ratio	3,163	1	,075	,094	,063	
Fisher's Exact Test				,094	,063	
Linear-by-Linear Association	3,093 <sup>c</sup>	1	,079	,094	,063	,041
N of Valid Cases	79					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.34.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1.759.

**Symmetric Measures**

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,199	,077	,094
	Cramer's V	,199	,077	,094
	Contingency Coefficient	,195	,077	,094
N of Valid Cases		79		

## Estar num relacionamento \* Curso

**Crosstab**

			Curso		Total
			FDUL	FMUL	
Estar num relacionamento	Sim	Count	30	18	48
		% within Curso	75,0%	46,2%	60,8%
		Adjusted Residual	2,6	-2,6	
	Não	Count	10	21	31
		% within Curso	25,0%	53,8%	39,2%
		Adjusted Residual	-2,6	2,6	
Total		Count	40	39	79
		% within Curso	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	6,892 <sup>a</sup>	1	,009	,012	,008	
Continuity Correction <sup>b</sup>	5,735	1	,017			
Likelihood Ratio	7,009	1	,008	,012	,008	
Fisher's Exact Test				,012	,008	
Linear-by-Linear Association	6,804 <sup>c</sup>	1	,009	,012	,008	,006
N of Valid Cases	79					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.30.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 2.609.

**Symmetric Measures**

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,295	,009	,012
	Cramer's V	,295	,009	,012
	Contingency Coefficient	,283	,009	,012
N of Valid Cases		79		

## Estar deslocado \* Curso

**Crosstab**

			Curso		Total
			FDUL	FMUL	
Estar deslocado	Sim	Count	15	21	36
		% within Curso	37,5%	53,8%	45,6%
		Adjusted Residual	-1,5	1,5	
	Não	Count	25	18	43
		% within Curso	62,5%	46,2%	54,4%
		Adjusted Residual	1,5	-1,5	
Total		Count	40	39	79
		% within Curso	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,127 <sup>a</sup>	1	,145	,178	,109	
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,519	1	,218			
Likelihood Ratio	2,137	1	,144	,178	,109	
Fisher's Exact Test				,178	,109	
Linear-by-Linear Association	2,100 <sup>c</sup>	1	,147	,178	,109	,063
N of Valid Cases	79					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.77.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1.449.

**Symmetric Measures**

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,164	,145	,178
	Cramer's V	,164	,145	,178
	Contingency Coefficient	,162	,145	,178
N of Valid Cases		79		

## Historial de Consumo de Drogas \* Curso

**Crosstab**

			Curso		Total
			FDUL	FMUL	
Historial de Consumo de Drogas	Sim	Count	8	4	12
		% within Curso	20,0%	10,3%	15,2%
		Adjusted Residual	1,2	-1,2	
	Não	Count	32	35	67
		% within Curso	80,0%	89,7%	84,8%
		Adjusted Residual	-1,2	1,2	
Total		Count	40	39	79
		% within Curso	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,455 <sup>a</sup>	1	,228	,348	,186	
Continuity Correction <sup>b</sup>	,797	1	,372			
Likelihood Ratio	1,481	1	,224	,348	,186	
Fisher's Exact Test				,348	,186	
Linear-by-Linear Association	1,437 <sup>c</sup>	1	,231	,348	,186	,124
N of Valid Cases	79					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.92.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1.199.

**Symmetric Measures**

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,136	,228	,348
	Cramer's V	,136	,228	,348
	Contingency Coefficient	,134	,228	,348
N of Valid Cases		79		

**TAS-20 F3-EOT (3 cat.) - Padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado \* Curso**

**Crosstab**

			Curso		Total
			FDUL	FMUL	
TAS-20 F3-EOT (3 cat.) - Padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado	Preservação de F3	Count	2	0	2
		% within Curso	5,0%	0,0%	2,5%
		Adjusted Residual	1,4	-1,4	
	Intermédio F3	Count	28	38	66
		% within Curso	70,0%	97,4%	83,5%
		Adjusted Residual	-3,3	3,3	
	Prejuízo de F3	Count	10	1	11
		% within Curso	25,0%	2,6%	13,9%
		Adjusted Residual	2,9	-2,9	
Total		Count	40	39	79
		% within Curso	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	10,868 <sup>a</sup>	2	,004	,002		
Likelihood Ratio	12,828	2	,002	,002		
Fisher's Exact Test	10,719			,002		
Linear-by-Linear Association	3,910 <sup>b</sup>	1	,048	,081	,043	,033
N of Valid Cases	79					

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .99.

b. The standardized statistic is -1.977.

**Symmetric Measures**

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,371	,004	,002
	Cramer's V	,371	,004	,002
	Contingency Coefficient	,348	,004	,002
N of Valid Cases		79		

# BVAQ E-Emocionalidade (3 cat.) \* Curso

## Crosstab

			Curso		Total
			FDUL	FMUL	
BVAQ E-Emocionalidade (3 cat.)	Intermédio Emocionalidade	Count	13	7	20
		% within Curso	32,5%	17,9%	25,3%
		Adjusted Residual	1,5	-1,5	
	Prejuízo Emocionalidade	Count	27	32	59
		% within Curso	67,5%	82,1%	74,7%
		Adjusted Residual	-1,5	1,5	
Total		Count	40	39	79
		% within Curso	100,0%	100,0%	100,0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,211 <sup>a</sup>	1	,137	,196	,109	
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,509	1	,219			
Likelihood Ratio	2,240	1	,135	,196	,109	
Fisher's Exact Test				,196	,109	
Linear-by-Linear Association	2,183 <sup>c</sup>	1	,140	,196	,109	,070
N of Valid Cases	79					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.87.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1.478.

## Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	,167	,137	,196
	Cramer's V	,167	,137	,196
	Contingency Coefficient	,165	,137	,196
N of Valid Cases		79		

**PSS-10 (2 cat.) \* Curso**

**Crosstab**

			Curso		Total
			FDUL	FMUL	
PSS-10 (2 cat.)	Percepção <i>Stress</i> Normal	Count	15	22	37
		% within Curso	37,5%	56,4%	46,8%
		Adjusted Residual	-1,7	1,7	
	Percepção <i>Stress</i> Patológica	Count	25	17	42
		% within Curso	62,5%	43,6%	53,2%
		Adjusted Residual	1,7	-1,7	
Total	Count	40	39	79	
	% within Curso	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,836 <sup>a</sup>	1	,092	,117	,072	
Continuity Correction <sup>b</sup>	2,127	1	,145			
Likelihood Ratio	2,853	1	,091	,117	,072	
Fisher's Exact Test				,117	,072	
Linear-by-Linear Association	2,800 <sup>c</sup>	1	,094	,117	,072	,044
N of Valid Cases	79					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.27.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1.673.

**Symmetric Measures**

		Value	Approximate Significance	Exact Significance
Nominal by Nominal	Phi	-,189	,092	,117
	Cramer's V	,189	,092	,117
	Contingency Coefficient	,186	,092	,117
N of Valid Cases		79		



## ANEXO V

### Tabela descritiva com intervalos de confiança para valores médios e mediana

		Curso	
		FDUL	FMUL
HADS D	Mean	6,0	3,5
	95.0% Lower CL for Mean	4,9	2,5
	95.0% Upper CL for Mean	7,1	4,5
	Standard Deviation	3,5	3,0
	Median	5,0	2,0
	95.0% Lower CL for Median	5,0	2,0
	95.0% Upper CL for Median	7,0	4,0
	Percentile 25	3,5	1,0
	Percentile 75	8,0	5,0
	Minimum	0	0
	Maximum	15	11
	Valid N	40	39

### Testes sobre variáveis quantitativas versus Grupos

	Tests of Normality						
	Curso	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TAS-20 F1-DIF - Dificuldade em reconhecer sentimentos e diferenciá-los das sensações corporais	FDUL	,121	40	,142	,971	40	,390
	FMUL	,106	39	,200*	,972	39	,428
TAS-20 F2-DDF - Dificuldade em descrever sentimentos a outros	FDUL	,117	40	,183	,945	40	,051
	FMUL	,104	39	,200*	,956	39	,129
TAS-20 F3-EOT - Padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado	FDUL	,090	40	,200*	,972	40	,426
	FMUL	,124	39	,132	,957	39	,136
TAS-20 TOT	FDUL	,143	40	,038	,955	40	,116
	FMUL	,121	39	,162	,964	39	,249
BVAQ E-Emocionalidade	FDUL	,113	40	,200*	,947	40	,058
	FMUL	,114	39	,200*	,966	39	,275
BVAQ F-Fantasiar	FDUL	,110	40	,200*	,951	40	,083
	FMUL	,158	39	,015	,962	39	,203
BVAQ I-Identificar	FDUL	,146	40	,031	,947	40	,060
	FMUL	,105	39	,200*	,956	39	,133
BVAQ V-Verbalizar	FDUL	,132	40	,075	,950	40	,074
	FMUL	,077	39	,200*	,973	39	,451
BVAQ A-Analisar	FDUL	,156	40	,016	,964	40	,230

	FMUL	,195	39	,001	,863	39	,000
BVAQ-Composto Afetivo (E e F)	FDUL	,123	40	,131	,967	40	,295
	FMUL	,115	39	,200*	,960	39	,182
BVAQ-Composto Cognitivo (I, V e A)	FDUL	,106	40	,200*	,953	40	,093
	FMUL	,153	39	,022	,946	39	,059
BVAQ TOT	FDUL	,099	40	,200*	,946	40	,057
	FMUL	,156	39	,018	,923	39	,011
PSS-10	FDUL	,164	40	,008	,952	40	,089
	FMUL	,148	39	,030	,966	39	,277
IRI DP-Desconforto Pessoal	FDUL	,130	40	,087	,975	40	,523
	FMUL	,102	39	,200*	,971	39	,404
IRI F-Fantasia	FDUL	,120	40	,148	,961	40	,177
	FMUL	,132	39	,087	,966	39	,271
IRI PE-Preocupação Empática	FDUL	,142	40	,040	,927	40	,012
	FMUL	,164	39	,010	,951	39	,088
IRI-Domínio Afetivo (DP, F e PE)	FDUL	,114	40	,200*	,977	40	,590
	FMUL	,091	39	,200*	,978	39	,619
IRI-Domínio Cognitivo (TP)	FDUL	,172	40	,004	,951	40	,081
	FMUL	,126	39	,120	,954	39	,110
IRI TOT	FDUL	,143	40	,040	,964	40	,231
	FMUL	,099	39	,200*	,969	39	,345
POMS EDT-Escala de Desajuste de Treino	FDUL	,219	40	,000	,806	40	,000
	FMUL	,202	39	,000	,838	39	,000
POMS T-Tensão-Ansiedade	FDUL	,117	40	,180	,973	40	,460
	FMUL	,127	39	,113	,976	39	,566
POMS H-Hostilidade-Ira	FDUL	,121	40	,141	,946	40	,057
	FMUL	,108	39	,200*	,958	39	,153
POMS F-Fadiga-Inércia	FDUL	,130	40	,085	,963	40	,220
	FMUL	,110	39	,200*	,971	39	,403
POMS V-Vigor-Atividade	FDUL	,073	40	,200*	,989	40	,968
	FMUL	,101	39	,200*	,985	39	,871
POMS C-Confusão-Desorientação	FDUL	,138	40	,052	,944	40	,047
	FMUL	,124	39	,138	,968	39	,316
POMS D-Depressão-Melancolia	FDUL	,181	40	,002	,911	40	,004
	FMUL	,106	39	,200*	,951	39	,090
POMS TOT	FDUL	,094	40	,200*	,968	40	,302
	FMUL	,073	39	,200*	,980	39	,722
HADS A-Ansiedade	FDUL	,164	40	,008	,855	40	,000
	FMUL	,135	39	,070	,950	39	,081
HADS D-Depressão	FDUL	,141	40	,043	,968	40	,310
	FMUL	,204	39	,000	,874	39	,000

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

## T-Test

Group Statistics					
	Curso	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TAS-20 F1-DIF - Dificuldade em reconhecer sentimentos e diferenciá-los das sensações corporais	FDUL	40	16,58	4,961	,784
	FMUL	39	15,03	4,682	,750
TAS-20 F2-DDF - Dificuldade em descrever sentimentos a outros	FDUL	40	13,60	5,193	,821
	FMUL	39	13,49	4,707	,754
TAS-20 F3-EOT - Padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado	FDUL	40	18,90	3,954	,625
	FMUL	39	17,77	2,650	,424
TAS-20 TOT	FDUL	40	49,25	10,829	1,712
	FMUL	39	46,28	9,536	1,527
BVAQ E-Emocionalidade	FDUL	40	27,18	6,725	1,063
	FMUL	39	27,08	5,070	,812
BVAQ F-Fantasiar	FDUL	40	27,18	6,397	1,011
	FMUL	39	25,92	6,799	1,089
BVAQ I-Identificar	FDUL	40	26,18	5,918	,936
	FMUL	39	27,72	7,763	1,243
BVAQ V-Verbalizar	FDUL	40	25,43	7,578	1,198
	FMUL	39	24,82	6,435	1,030
BVAQ-Composto Afetivo (E e F)	FDUL	40	54,35	11,322	1,790
	FMUL	39	53,00	10,319	1,652
BVAQ-Composto Cognitivo (I, V e A)	FDUL	40	79,70	15,527	2,455
	FMUL	39	82,49	17,536	2,808
PSS-10	FDUL	40	23,25	7,762	1,227
	FMUL	39	19,05	6,981	1,118
IRI DP-Desconforto Pessoal	FDUL	40	11,05	4,057	,641
	FMUL	39	11,85	3,877	,621
IRI F-Fantasia	FDUL	40	12,75	3,425	,542
	FMUL	39	11,69	2,885	,462
IRI-Domínio Afetivo (DP, F e PE)	FDUL	40	37,3250	4,68707	,74109
	FMUL	39	37,2051	4,89457	,78376
IRI-Domínio Cognitivo (TP)	FDUL	40	12,13	1,800	,285
	FMUL	39	12,51	2,316	,371
IRI TOT	FDUL	40	49,45	5,315	,840
	FMUL	39	49,72	6,061	,971
POMS T- Tensão-Ansiedade	FDUL	40	12,43	5,134	,812
	FMUL	39	13,21	4,194	,672
POMS H- Hostilidade-Ira	FDUL	40	8,70	5,105	,807
	FMUL	39	7,59	4,253	,681
POMS F-Fadiga-Inércia	FDUL	40	12,73	6,296	,995
	FMUL	39	10,85	5,388	,863
POMS V-Vigor-Atividade	FDUL	40	11,90	4,355	,689
	FMUL	39	13,38	5,265	,843
POMS TOT	FDUL	40	139,58	24,603	3,890
	FMUL	39	132,49	20,806	3,332

# Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TAS-20 F1-DIF -	Equal variances assumed	,498	,482	1,427	77	,158	1,549	1,086	-,613	3,712
Dificuldade em reconhecer sentimentos e diferenciá-los das sensações corporais	Equal variances not assumed			1,428	76,920	,157	1,549	1,085	-,611	3,710
TAS-20 F2-DDF -	Equal variances assumed	,966	,329	,101	77	,920	,113	1,116	-2,109	2,335
Dificuldade em descrever sentimentos a outros	Equal variances not assumed			,101	76,598	,920	,113	1,114	-2,107	2,332
TAS-20 F3-EOT - Padrão	Equal variances assumed	3,461	,067	1,489	77	,140	1,131	,759	-,381	2,643
de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado	Equal variances not assumed			1,497	68,337	,139	1,131	,756	-,377	2,638
TAS-20 TOT	Equal variances assumed	1,785	,185	1,292	77	,200	2,968	2,298	-1,608	7,544
	Equal variances not assumed			1,294	76,223	,200	2,968	2,294	-1,601	7,537
BVAQ E-Emocionalidade	Equal variances assumed	6,621	,012	,073	77	,942	,098	1,343	-2,575	2,771
	Equal variances not assumed			,073	72,453	,942	,098	1,338	-2,568	2,765
BVAQ F-Fantasiar	Equal variances assumed	,353	,554	,843	77	,402	1,252	1,485	-1,705	4,209
	Equal variances not assumed			,842	76,427	,402	1,252	1,486	-1,708	4,211
BVAQ I-Identificar	Equal variances assumed	3,225	,076	-,995	77	,323	-1,543	1,551	-4,631	1,545
	Equal variances not assumed			-,992	71,040	,325	-1,543	1,556	-4,645	1,559
BVAQ V-Verbalizar	Equal variances assumed	2,359	,129	,382	77	,704	,604	1,584	-2,549	3,758
	Equal variances not assumed			,382	75,587	,703	,604	1,580	-2,543	3,752
BVAQ-Composto Afetivo (E e F)	Equal variances assumed	,405	,527	,554	77	,582	1,350	2,439	-3,507	6,207
	Equal variances not assumed			,554	76,656	,581	1,350	2,436	-3,501	6,201
BVAQ-Composto Cognitivo (I, V e A)	Equal variances assumed	,382	,538	-,748	77	,456	-2,787	3,724	-10,203	4,629
	Equal variances not assumed			-,747	75,381	,457	-2,787	3,730	-10,217	4,643

PSS-10	Equal variances assumed	,275	,601	2,526	77	,014	4,199	1,662	,889	7,509
	Equal variances not assumed			2,529	76,509	,013	4,199	1,660	,893	7,505
IRI DP-Desconforto Pessoal	Equal variances assumed	,219	,641	-,891	77	,376	-,796	,893	-2,575	,982
	Equal variances not assumed			-,892	76,970	,375	-,796	,893	-2,574	,981
IRI F-Fantasia	Equal variances assumed	1,884	,174	1,483	77	,142	1,058	,713	-,363	2,478
	Equal variances not assumed			1,486	75,423	,141	1,058	,712	-,360	2,476
IRI-Domínio Afetivo (DP, F e PE)	Equal variances assumed	,128	,721	,111	77	,912	,11987	1,07805	-2,02681	2,26655
	Equal variances not assumed			,111	76,636	,912	,11987	1,07865	-2,02816	2,26791
IRI-Domínio Cognitivo (TP)	Equal variances assumed	3,359	,071	-,832	77	,408	-,388	,466	-1,316	,540
	Equal variances not assumed			-,830	71,715	,409	-,388	,467	-1,320	,544
IRI TOT	Equal variances assumed	1,426	,236	-,209	77	,835	-,268	1,282	-2,820	2,284
	Equal variances not assumed			-,209	75,173	,835	-,268	1,284	-2,825	2,289
POMS T-Tensão-Ansiedade	Equal variances assumed	,986	,324	-,739	77	,462	-,780	1,056	-2,883	1,323
	Equal variances not assumed			-,741	74,729	,461	-,780	1,053	-2,879	1,319
POMS H-Hostilidade-Ira	Equal variances assumed	2,502	,118	1,049	77	,298	1,110	1,059	-,998	3,218
	Equal variances not assumed			1,051	75,187	,297	1,110	1,056	-,994	3,214
POMS F-Fadiga-Inércia	Equal variances assumed	2,026	,159	1,423	77	,159	1,879	1,320	-,749	4,507
	Equal variances not assumed			1,426	75,736	,158	1,879	1,317	-,745	4,503
POMS V-Vigor-Atividade	Equal variances assumed	2,261	,137	-1,367	77	,176	-1,485	1,086	-3,647	,678
	Equal variances not assumed			-1,364	73,668	,177	-1,485	1,088	-3,654	,684
POMS TOT	Equal variances assumed	1,456	,231	1,381	77	,171	7,088	5,133	-3,133	17,308
	Equal variances not assumed			1,384	75,504	,170	7,088	5,122	-3,114	17,290

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

		Ranks		
	Curso	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TAS-20 F1-DIF - Dificuldade em reconhecer sentimentos e diferenciá-los das sensações corporais	FDUL	40	43,28	1731,00
	FMUL	39	36,64	1429,00
	Total	79		
TAS-20 F2-DDF - Dificuldade em descrever sentimentos a outros	FDUL	40	39,98	1599,00
	FMUL	39	40,03	1561,00
	Total	79		
TAS-20 F3-EOT - Padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado	FDUL	40	44,08	1763,00
	FMUL	39	35,82	1397,00
	Total	79		
TAS-20 TOT	FDUL	40	42,78	1711,00
	FMUL	39	37,15	1449,00
	Total	79		
BVAQ E-Emocionalidade	FDUL	40	40,35	1614,00
	FMUL	39	39,64	1546,00
	Total	79		
BVAQ F-Fantasiar	FDUL	40	42,14	1685,50
	FMUL	39	37,81	1474,50
	Total	79		
BVAQ I-Identificar	FDUL	40	37,06	1482,50
	FMUL	39	43,01	1677,50
	Total	79		
BVAQ V-Verbalizar	FDUL	40	41,21	1648,50
	FMUL	39	38,76	1511,50
	Total	79		
BVAQ A-Analisar	FDUL	40	36,51	1460,50
	FMUL	39	43,58	1699,50
	Total	79		
BVAQ-Composto Afetivo (E e F)	FDUL	40	41,41	1656,50
	FMUL	39	38,55	1503,50
	Total	79		
BVAQ-Composto Cognitivo (I, V e A)	FDUL	40	37,55	1502,00
	FMUL	39	42,51	1658,00
	Total	79		
BVAQ TOT	FDUL	40	38,51	1540,50
	FMUL	39	41,53	1619,50
	Total	79		
PSS-10	FDUL	40	46,80	1872,00
	FMUL	39	33,03	1288,00
	Total	79		
IRI DP-Desconforto Pessoal	FDUL	40	38,31	1532,50
	FMUL	39	41,73	1627,50
	Total	79		
IRI F-Fantasia	FDUL	40	43,45	1738,00

	FMUL	39	36,46	1422,00
	Total	79		
IRI PE-Preocupação Empática	FDUL	40	38,78	1551,00
	FMUL	39	41,26	1609,00
	Total	79		
IRI-Domínio Afetivo (DP, F e PE)	FDUL	40	40,76	1630,50
	FMUL	39	39,22	1529,50
	Total	79		
IRI-Domínio Cognitivo (TP)	FDUL	40	38,88	1555,00
	FMUL	39	41,15	1605,00
	Total	79		
IRI TOT	FDUL	40	40,21	1608,50
	FMUL	39	39,78	1551,50
	Total	79		
POMS EDT-Escala de Desajuste de Treino	FDUL	40	43,70	1748,00
	FMUL	39	36,21	1412,00
	Total	79		
POMS T-Tensão-Ansiedade	FDUL	40	38,18	1527,00
	FMUL	39	41,87	1633,00
	Total	79		
POMS H- Hostilidade-Ira	FDUL	40	42,48	1699,00
	FMUL	39	37,46	1461,00
	Total	79		
POMS F- Fadiga-Inércia	FDUL	40	44,01	1760,50
	FMUL	39	35,88	1399,50
	Total	79		
POMS V- Vigor-Atividade	FDUL	40	36,49	1459,50
	FMUL	39	43,60	1700,50
	Total	79		
POMS C-Confusão-Desorientação	FDUL	40	44,04	1761,50
	FMUL	39	35,86	1398,50
	Total	79		
POMS D-Depressão-Melancolia	FDUL	40	44,38	1775,00
	FMUL	39	35,51	1385,00
	Total	79		
POMS TOT	FDUL	40	43,58	1743,00
	FMUL	39	36,33	1417,00
	Total	79		
HADS A-Ansiedade	FDUL	40	44,54	1781,50
	FMUL	39	35,35	1378,50
	Total	79		
HADS D-Depressão	FDUL	40	48,64	1945,50
	FMUL	39	31,14	1214,50
	Total	79		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
TAS-20 F1-DIF - Dificuldade em reconhecer sentimentos e diferenciá-los das sensações corporais	649,000	1429,000	-1,288	,198
TAS-20 F2-DDF - Dificuldade em descrever sentimentos a outros	779,000	1599,000	-,010	,992
TAS-20 F3-EOT - Padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado	617,000	1397,000	-1,608	,108
TAS-20 TOT	669,000	1449,000	-1,089	,276
BVAQ E-Emocionalidade	766,000	1546,000	-,138	,891
BVAQ F-Fantasiar	694,500	1474,500	-,840	,401
BVAQ I-Identificar	662,500	1482,500	-1,155	,248
BVAQ V-Verbalizar	731,500	1511,500	-,476	,634
BVAQ A-Analisar	640,500	1460,500	-1,371	,170
BVAQ-Composto Afetivo (E e F)	723,500	1503,500	-,554	,579
BVAQ-Composto Cognitivo (I, V e A)	682,000	1502,000	-,961	,336
BVAQ TOT	720,500	1540,500	-,584	,559
PSS-10	508,000	1288,000	-2,671	,008
IRI DP-Desconforto Pessoal	712,500	1532,500	-,665	,506
IRI F-Fantasia	642,000	1422,000	-1,360	,174
IRI PE-Preocupação Empática	731,000	1551,000	-,486	,627
IRI-Domínio Afetivo (DP, F e PE)	749,500	1529,500	-,300	,764
IRI-Domínio Cognitivo (TP)	735,000	1555,000	-,447	,655
IRI TOT	771,500	1551,500	-,084	,933
POMS EDT-Escala de Desajuste de Treino	632,000	1412,000	-1,464	,143
POMS T- Tensão-Ansiedade	707,000	1527,000	-,718	,473
POMS H- Hostilidade-Ira	681,000	1461,000	-,973	,330
POMS F- Fadiga-Inércia	619,500	1399,500	-1,576	,115
POMS V- Vigor-Atividade	639,500	1459,500	-1,382	,167
POMS C-Confusão-Desorientação	618,500	1398,500	-1,589	,112
POMS D-Depressão-Melancolia	605,000	1385,000	-1,720	,085
POMS TOT	637,000	1417,000	-1,403	,161
HADS A-Ansiedade	598,500	1378,500	-1,786	,074
HADS D-Depressão	434,500	1214,500	-3,405	,001

a. Grouping Variable: Curso



## ANEXO VI

### Correlações entre Escalas para o Grupo da FDUL

	Tests of Normality <sup>a</sup>		
	Statistic	Shapiro-Wilk df	Sig.
TAS-20 F1-DIF - Dificuldade em reconhecer sentimentos e diferenciá-los das sensações corporais	,971	40	,390
TAS-20 F2-DDF - Dificuldade em descrever sentimentos a outros	,945	40	,051
TAS-20 F3-EOT - Padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado	,972	40	,426
TAS-20 TOT	,955	40	,116
BVAQ E-Emocionalidade	,947	40	,058
BVAQ F-Fantasiar	,951	40	,083
BVAQ I-Identificar	,947	40	,060
BVAQ V-Verbalizar	,950	40	,074
BVAQ A-Analisar	,964	40	,230
BVAQ-Composto Afetivo (E e F)	,967	40	,295
BVAQ-Composto Cognitivo (I, V e A)	,953	40	,093
BVAQ TOT	,946	40	,057
PSS-10	,952	40	,089
IRI DP-Desconforto Pessoal	,975	40	,523
IRI F-Fantasia	,961	40	,177
IRI PE-Preocupação Empática	,927	40	,012
IRI-Domínio Afetivo (DP, F e PE)	,977	40	,590
IRI-Domínio Cognitivo (TP)	,951	40	,081
IRI TOT	,964	40	,231
POMS EDT-Escala de Desajuste de Treino	,806	40	,000
POMS T- Tensão-Ansiedade	,973	40	,460
POMS H- Hostilidade-Ira	,946	40	,057
POMS F- Fadiga-Inércia	,963	40	,220
POMS V- Vigor-Atividade	,989	40	,968
POMS C- Confusão-Desorientação	,944	40	,047
POMS D-Depressão-Melancolia	,911	40	,004
POMS TOT	,968	40	,302
HADS A-Ansiedade	,855	40	,000
HADS D-Depressão	,968	40	,310

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Curso = FDUL

b. Lilliefors Significance Correction

**Grupo de Alunos da FDUL - Tabela de Correlações de Pearson**

		TAS20 F1-DIF	TAS20 F2-DDF	TAS20 F3-EOT	TAS20 TOT	BVAQ E	BVAQ F	BVAQ I	BVAQ V Verbaliz ar	BVAQ A	BVAQ Afetivo	BVAQ Cognitiv o	BVAQ TOT	PSS 10	IRI DP	IRI F	IRI Afetivo	IRI Cognitiv o	IRI TOT	POMS T	POMS H	POMS F	POMS V	POMS TOT	HADS D
TAS-20 F1-DIF	Corr.	1																							
	Sig																								
	N	40																							
TAS-20 F2-DDF	Corr.	,634**	1																						
	Sig	,000																							
	N	40	40																						
TAS-20 F3-EOT	Corr.	,101	,245	1																					
	Sig	,535	,127																						
	N	40	40	40																					
TAS-20 TOT	Corr.	,814**	,870**	,521**	1																				
	Sig	,000	,000	,001																					
	N	40	40	40	40																				
BVAQ E	Corr.	-,013	-,211	-,136	-,162	1																			
	Sig	,936	,191	,402	,317																				
	N	40	40	40	40	40																			
BVAQ F	Corr.	,133	-,109	,065	,040	,489**	1																		
	Sig	,412	,503	,692	,808	,001																			
	N	40	40	40	40	40	40																		
BVAQ I	Corr.	-,266	-,388*	,088	-,287	,430**	,236	1																	
	Sig	,098	,013	,587	,072	,006	,143																		
	N	40	40	40	40	40	40	40																	
BVAQ V	Corr.	-,155	-,376*	-,437**	-,425**	,203	-,030	,151	1																
	Sig	,338	,017	,005	,006	,208	,856	,352																	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40																
BVAQ A	Corr.	-,116	-,373*	-,287	-,316*	,696**	,557**	,562**	,322*	1															
	Sig	,474	,018	,073	,047	,000	,000	,000	,043																
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40															
BVAQ- Comp. Afetivo	Corr.	,068	-,187	-,044	-,074	,870**	,855**	,389*	,104	,729**	1														
	Sig	,679	,248	,785	,650	,000	,000	,013	,523	,000															
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40														
BVAQ- Comp. Cognitivo	Corr.	-,231	-,505**	-,313*	-,464**	,586**	,334*	,716**	,695**	,836**	,537**	1													
	Sig	,151	,001	,050	,003	,000	,035	,000	,000	,000	,000														
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40													
BVAQ TOT	Corr.	-,119	-,421**	-,227	-,340*	,802**	,629**	,657**	,507**	,898**	,832**	,915**	1												
	Sig	,463	,007	,160	,032	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000													
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40												
PSS-10	Corr.	,307	,017	-,252	,084	,485**	,313*	,000	,030	,372*	,465**	,187	,346*	1											
	Sig	,054	,919	,116	,607	,001	,050	,998	,854	,018	,003	,247	,029												
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40											

		TAS20	TAS20	TAS20	TAS20	BVAQ	BVAQ		BVAQ		BVAQ	BVAQ						IRI	IRI		POMS	POMS	POMS	POMS	POMS	
(Cont.)		F1 DIF	F2	F3	TOT	E	F	BVAQ I	Verbaliz ar	A	Afetivo	Cognitiv o	TOT	PSS 10	IRI DP	IRI F	IRI Afetivo	Cognitiv o	IRI TOT	POMS T	POMS H	POMS F	POMS V	POMS TOT	HADS D	
IRI DP	Corr.	,122	,096	,242	,198	-,287	-,102	,182	-,291	-,183	-,228	-,158	-,213	-,247	1											
	Sig	,453	,556	,133	,220	,073	,531	,260	,069	,257	,157	,331	,187	,124												
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40											
IRI F	Corr.	,060	-,003	-,169	-,049	,483**	,057	,020	,429**	,255	,319*	,335*	,373*	,252	-,433**	1										
	Sig	,713	,986	,299	,765	,002	,727	,903	,006	,113	,045	,035	,018	,116	,005											
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40										
IRI-Dom. Afetivo	Corr.	,158	,025	-,002	,083	,048	,009	,246	-,020	,003	,034	,085	,072	-,017	,688**	,211	1									
	Sig	,329	,876	,989	,612	,770	,955	,127	,903	,986	,837	,601	,658	,917	,000	,191										
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40									
IRI-Dom. Cognitivo	Corr.	-,163	,019	-,041	-,082	,047	-,133	,109	,073	,001	-,047	,078	,028	-,133	-,155	,251	,180	1								
	Sig	,314	,906	,800	,615	,774	,412	,505	,654	,995	,771	,634	,863	,415	,338	,119	,265									
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40								
IRI TOT	Corr.	,084	,029	-,016	,045	,058	-,037	,253	,007	,003	,014	,101	,073	-,060	,554**	,271	,943**	,498**	1							
	Sig	,605	,859	,921	,782	,722	,820	,115	,965	,986	,934	,534	,654	,713	,000	,091	,000	,001								
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40							
POMS T	Corr.	,218	,014	-,137	,088	,280	,076	,075	,119	,257	,209	,206	,236	,695**	-,093	,209	,060	-,075	,028	1						
	Sig	,177	,931	,400	,591	,080	,642	,645	,464	,109	,195	,202	,143	,000	,567	,196	,712	,644	,866							
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40						
POMS H	Corr.	,298	-,082	-,117	,068	,229	,126	,087	,133	,142	,207	,164	,207	,655**	-,030	,109	,093	-,166	,026	,671**	1					
	Sig	,062	,615	,472	,676	,156	,440	,595	,412	,381	,200	,312	,200	,000	,853	,505	,568	,306	,874	,000						
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40					
POMS F	Corr.	,214	-,085	-,138	,013	,171	,097	-,127	-,010	,135	,156	,009	,081	,643**	-,137	,238	-,004	-,035	-,015	,651**	,438**	1				
	Sig	,185	,602	,395	,938	,290	,553	,434	,949	,406	,335	,956	,620	,000	,399	,139	,981	,829	,925	,000	,005					
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40				
POMS V	Corr.	-,527**	-,420**	-,133	-,506**	-,106	,083	,255	,283	,067	-,016	,266	,167	-,602**	,012	-,015	,102	,322*	,199	-,443**	-,396*	-,444**	1			
	Sig	,000	,007	,413	,001	,514	,612	,112	,077	,683	,920	,097	,303	,000	,942	,925	,531	,043	,218	,004	,011	,004				
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40		
POMS TOT	Corr.	,388*	,126	-,083	,236	,224	,085	-,133	,010	,118	,182	,009	,093	,788**	-,140	,234	-,001	-,018	-,007	,818**	,674**	,791**	-,632**	1		
	Sig	,013	,437	,611	,142	,164	,600	,414	,951	,468	,262	,955	,568	,000	,388	,146	,995	,910	,965	,000	,000	,000	,000			
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40		
HADS D	Corr.	,187	,012	,182	,167	,260	,232	,036	,019	,188	,286	,110	,209	,573**	-,126	,167	-,120	-,128	-,149	,504**	,322*	,562**	-,502**	,667**	1	
	Sig	,248	,942	,262	,303	,105	,149	,825	,907	,246	,074	,499	,195	,000	,439	,304	,459	,432	,357	,001	,043	,000	,001	,000		
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	

**Grupo de Alunos da FDUL - Tabela de Correlações de Spearman**

		TAS20	TAS20	TAS20	TAS20	BVAQ	BVAQ	BVAQ	BVAQ	BVAQ	BVAQ	BVAQ	BVAQ	PSS	IRI	IRI	IRI	IRI	POMS	POMS	POMS	POMS	POMS	POMS	POMS	POMS	HADS	HADS			
		F1	F2	F3	TOT	E	F	I	V	A	Afe.	Cog.	TOT	10	IRI	DP	F	PE	Afe.	Cog.	TOT	EDT	T	H	F	V	C	D	TOT	A	D
TAS-20 F1	Corr.	1,000																													
	Sig.	.																													
	N	40																													
TAS-20 F2	Corr.	,645**	1,000																												
	Sig.	,000	.																												
	N	40	40																												
TAS-20 F3	Corr.	-,012	,147	1,000																											
	Sig.	,943	,365	.																											
	N	40	40	40																											
TAS-20 TOT	Corr.	,797**	,867**	,418**	1,000																										
	Sig.	,000	,000	,007	.																										
	N	40	40	40	40																										
BVAQ E	Corr.	-,006	-,228	-,149	-,161	1,000																									
	Sig.	,970	,158	,359	,322	.																									
	N	40	40	40	40	40																									
BVAQ F	Corr.	,160	-,072	,085	,068	,471**	1,000																								
	Sig.	,325	,658	,600	,674	,002	.																								
	N	40	40	40	40	40	40																								
BVAQ I	Corr.	-,341*	-,385*	,186	-,282	,415**	,129	1,000																							
	Sig.	,031	,014	,252	,078	,008	,426	.																							
	N	40	40	40	40	40	40	40																							
BVAQ V	Corr.	-,048	-,334*	-,357*	-,316*	,214	-,016	,115	1,000																						
	Sig.	,770	,035	,024	,047	,185	,922	,480	.																						
	N	40	40	40	40	40	40	40	40																						
BVAQ A	Corr.	-,099	-,375*	-,287	-,306	,697**	,414**	,467**	,326*	1,000																					
	Sig.	,544	,017	,072	,055	,000	,008	,002	,040	.																					
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40																					
BVAQ-Comp. Afetivo	Corr.	,132	-,129	-,039	-,018	,884**	,805**	,359*	,132	,645**	1,000																				
	Sig.	,416	,429	,812	,911	,000	,000	,023	,417	,000	.																				
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40																				
BVAQ-Comp. Cognitivo	Corr.	-,205	-,565**	-,255	-,472**	,591**	,280	,657**	,646**	,833**	,526**	1,000																			
	Sig.	,204	,000	,113	,002	,000	,080	,000	,000	,000	,000	.																			
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40																			
BVAQ TOT	Corr.	-,081	-,429**	-,197	-,322*	,811**	,547**	,589**	,511**	,870**	,807**	,912**	1,000																		
	Sig.	,618	,006	,223	,043	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	.																		
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40																		
PSS -10	Corr.	,297	,073	-,264	,074	,481**	,380*	-,068	,064	,372*	,525**	,197	,396*	1,000																	
	Sig.	,063	,655	,099	,651	,002	,016	,679	,694	,018	,000	,224	,011	.																	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40																	
IRI DP	Corr.	,122	,071	,279	,208	-,213	-,126	,216	-,263	-,116	-,168	-,113	-,182	-,291	1,000																
	Sig.	,455	,664	,081	,198	,187	,438	,181	,102	,476	,301	,487	,262	,068	.																
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40																
IRI F	Corr.	,068	-,013	-,196	-,037	,481**	,049	,078	,441**	,244	,345*	,327*	,385*	,256	-,380*	1,000															
	Sig.	,676	,935	,226	,819	,002	,762	,632	,004	,129	,029	,040	,014	,111	,016	.															
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40															
IRI PE	Corr.	-,037	-,117	-,187	-,163	-,154	,064	,040	-,236	-,032	-,056	-,051	-,060	-,114	,213	-,366*	1,000														
	Sig.	,819	,474	,249	,315	,343	,695	,806	,143	,845	,731	,754	,712	,484	,187	,020	.														
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40														

		TAS20 F1	TAS20 F2	TAS20 F3	TAS20 TOT	BVAQ E	BVAQ F	BVAQ I	BVAQ V	BVAQ A	BVAQ Afe.	BVAQ Cog.	BVAQ TOT	PSS 10	IRI DP	IRI F	IRI PE	IRI Afe.	IRI Cog.	IRI TOT	POMS EDT	POMS T	POMS H	POMS F	POMS V	POMS C	POMS D	POMS TOT	HADS A	HADS D
(Cont.)																														
IRI Dom.	Corr.	.121	-.011	-.022	.076	.102	-.088	.347**	.034	.102	.081	.180	.134	-.087	.654**	.232	.382*	1,000												
Afetivo	Sig.	.457	.948	.891	.643	.532	.589	.028	.835	.532	.621	.267	.410	.592	.000	.150	.015	.												
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40												
IRI-Dom. Cognitivo	Corr.	-.113	.099	-.012	-.007	.015	-.133	.115	.040	.015	-.027	.051	.048	-.134	-.256	.249	.230	.114	1,000											
	Sig.	.486	.543	.939	.965	.925	.415	.478	.807	.929	.866	.754	.769	.410	.111	.122	.154	.484												
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40											
IRI TOT	Corr.	.017	.018	.028	.038	.084	-.172	.353*	.022	.074	.031	.149	.100	-.132	.497**	.310	.360*	.917**	.437**	1,000										
	Sig.	.919	.910	.866	.817	.605	.290	.025	.892	.651	.848	.360	.537	.416	.001	.052	.023	.000	.005	.										
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40									
POMS EDT	Corr.	.336*	.190	-.003	.276	-.183	.093	-.336*	-.200	-.297	-.075	-.410**	-.301	.363*	-.031	-.024	-.069	-.160	-.289	-.230	1,000									
	Sig.	.034	.241	.983	.084	.257	.570	.034	.217	.063	.645	.009	.060	.021	.849	.885	.670	.323	.070	.153	.									
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40								
POMS T	Corr.	.213	.040	-.136	.068	.276	.049	.010	.129	.224	.226	.145	.214	.647**	-.074	.190	-.078	.116	-.079	.097	.402*	1,000								
	Sig.	.187	.805	.404	.677	.085	.763	.952	.427	.164	.160	.373	.186	.000	.650	.239	.634	.477	.629	.553	.010	.								
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40							
POMS H	Corr.	.312*	-.054	-.154	.085	.220	.087	.011	.151	.117	.200	.138	.183	.606**	-.038	.087	.009	.127	-.197	.052	.368*	.641**	1,000							
	Sig.	.050	.739	.341	.600	.173	.595	.948	.352	.471	.217	.396	.258	.000	.814	.592	.954	.433	.222	.748	.020	.000								
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40							
POMS F	Corr.	.255	-.038	-.158	.015	.176	.109	-.084	.017	.139	.187	.057	.108	.599**	-.142	.219	-.180	.013	-.079	-.007	.433**	.631**	.431**	1,000						
	Sig.	.112	.814	.330	.929	.277	.504	.606	.916	.391	.247	.727	.508	.000	.383	.175	.267	.938	.630	.967	.005	.000	.005	.						
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40						
POMS V	Corr.	-.532**	-.427**	-.142	-.510**	-.078	.047	.311	.226	.067	-.057	.280	.149	-.528**	-.050	.008	.304	.082	.360*	.136	-.416**	-.416**	-.367*	-.389*	1,000					
	Sig.	.000	.006	.381	.001	.633	.775	.051	.162	.682	.728	.081	.358	.000	.760	.962	.056	.617	.022	.403	.008	.008	.020	.013	.					
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40					
POMS C	Corr.	.488**	.396*	-.049	.429**	.130	.222	-.310	.010	.056	.237	-.173	.017	.547**	-.072	.272	-.172	.056	.069	.080	.577**	.436**	.290	.455**	-.482**	1,000				
	Sig.	.001	.011	.766	.006	.423	.168	.051	.950	.733	.142	.286	.916	.000	.658	.090	.288	.734	.674	.625	.000	.005	.069	.003	.002	.				
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40				
POMS D	Corr.	.394*	.147	-.146	.233	.139	.184	-.201	.133	.084	.201	-.010	.083	.664**	-.248	.256	-.168	-.053	-.094	-.073	.657**	.745**	.525**	.620**	-.479**	.661**	1,000			
	Sig.	.012	.367	.368	.148	.391	.257	.213	.414	.608	.214	.951	.609	.000	.123	.110	.301	.744	.562	.655	.000	.000	.001	.000	.002	.000	.			
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40			
POMS TOT	Corr.	.415**	.142	-.143	.225	.216	.085	-.196	.039	.089	.215	-.047	.070	.784**	-.157	.190	-.172	-.017	-.115	-.023	.614**	.796**	.671**	.791**	-.610**	.664**	.856**	1,000		
	Sig.	.008	.382	.380	.163	.181	.600	.226	.811	.584	.183	.775	.667	.000	.334	.239	.289	.917	.481	.889	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.			
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40		
HADS A	Corr.	.319*	.195	-.036	.214	.232	.084	-.153	-.004	.135	.205	-.007	.110	.562**	-.157	.242	-.060	.021	-.065	.026	.431**	.742**	.367*	.598**	-.577**	.395*	.618**	.666**	1,000	
	Sig.	.045	.227	.827	.185	.149	.606	.345	.982	.407	.205	.965	.501	.000	.332	.133	.713	.897	.692	.876	.006	.000	.020	.000	.000	.012	.000	.000	.	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	
HADS D	Corr.	.223	.061	.178	.202	.269	.137	.016	.038	.151	.249	.067	.153	.577**	-.010	.172	-.296	-.039	-.102	-.029	.453**	.538**	.340*	.532**	-.571**	.520**	.623**	.685**	.554**	1,000
	Sig.	.166	.707	.273	.211	.093	.398	.921	.815	.354	.122	.682	.345	.000	.951	.289	.064	.811	.532	.858	.003	.000	.032	.000	.000	.001	.000	.000	.000	
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

## ANEXO VII

### Correlações entre Escalas para o Grupo da FMUL

	Tests of Normality <sup>a</sup>		
	Statistic	Shapiro-Wilk df	Sig.
TAS-20 F1-DIF - Dificuldade em reconhecer sentimentos e diferenciá-los das sensações corporais	,972	39	,428
TAS-20 F2-DDF - Dificuldade em descrever sentimentos a outros	,956	39	,129
TAS-20 F3-EOT - Padrão de pensamento direcionado para o exterior, operacionalizado	,957	39	,136
TAS-20 TOT	,964	39	,249
BVAQ E-Emocionalidade	,966	39	,275
BVAQ F-Fantasiar	,962	39	,203
BVAQ I-Identificar	,956	39	,133
BVAQ V-Verbalizar	,973	39	,451
BVAQ A-Analisar	,863	39	,000
BVAQ- Composto Afetivo (E e F)	,960	39	,182
BVAQ- Composto Cognitivo (I, V e A)	,946	39	,059
BVAQ TOT	,923	39	,011
PSS-10	,966	39	,277
IRI DP-Desconforto Pessoal	,971	39	,404
IRI F-Fantasia	,966	39	,271
IRI PE- Preocupação Empática	,951	39	,088
IRI- Domínio Afetivo (DP, F e PE)	,978	39	,619
IRI- Domínio Cognitivo (TP)	,954	39	,110
IRI TOT	,969	39	,345
POMS EDT-Escala de Desajuste de Treino	,838	39	,000
POMS T- Tensão-Ansiedade	,976	39	,566
POMS H- Hostilidade-Ira	,958	39	,153
POMS F- Fadiga-Inércia	,971	39	,403
POMS V- Vigor-Atividade	,985	39	,871
POMS C- Confusão-Desorientação	,968	39	,316
POMS D- Depressão-Melancolia	,951	39	,090
POMS TOT	,980	39	,722
HADS A-Ansiedade	,950	39	,081
HADS D-Depressão	,874	39	,000

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Curso = FMUL

b. Lilliefors Significance Correction

Grupo de Alunos da FMUL - Tabela de Correlações de Pearson

		TAS20 F1 DIF	TAS20 F2 DDF	TAS20 F3 EOT	TAS20 TOT	BVAQ E	BVAQ F	BVAQ I	BVAQ V	BVAQ Comp. Afet	BVAQ Comp. Cogn.	PSS 10	IRI DP	IRI F	IRI PE	IRI Dom. Afet.	IRI Dom. Cogn.	IRI TOT	POMS T	POMS H	POMS F	POMS V	POMS C	POMS D	POMS TOT	HADS A
TAS-20 F1-DIF	Corr.	1																								
	Sig.																									
	N	39																								
TAS-20 F2-DDF	Corr.	,608**	1																							
	Sig.	,000																								
	N	39	39																							
TAS-20 F3-EOT	Corr.	,215	,309	1																						
	Sig.	,189	,056																							
	N	39	39	39																						
TAS-20 TOT	Corr.	,851**	,878**	,536**	1																					
	Sig.	,000	,000	,000																						
	N	39	39	39	39																					
BVAQ E	Corr.	-,032	-,116	-,091	-,098	1																				
	Sig.	,846	,481	,583	,551																					
	N	39	39	39	39	39																				
BVAQ F	Corr.	,088	-,222	-,204	-,123	,501**	1																			
	Sig.	,596	,173	,213	,454	,001																				
	N	39	39	39	39	39	39																			
BVAQ I	Corr.	-,313	-,263	-,271	-,359*	,423**	,492**	1																		
	Sig.	,052	,105	,096	,025	,007	,001																			
	N	39	39	39	39	39	39	39																		
BVAQ V	Corr.	-,324*	-,588**	-,276	-,526**	,127	,155	,322*	1																	
	Sig.	,044	,000	,089	,001	,441	,347	,046																		
	N	39	39	39	39	39	39	39	39																	
BVAQ- Comp. Afetivo	Corr.	,042	-,204	-,179	-,130	,821**	,905**	,532**	,164	1																
	Sig.	,800	,213	,276	,431	,000	,000	,000	,317																	
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39																
BVAQ- Comp. Cognitivo	Corr.	-,274	-,387*	-,289	-,406*	,535**	,619**	,896**	,613**	,670**	1															
	Sig.	,092	,015	,074	,010	,000	,000	,000	,000	,000																
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39															
PSS-10	Corr.	,361*	,201	-,106	,247	,284	,477**	,287	-,191	,454**	,237	1														
	Sig.	,024	,220	,521	,129	,080	,002	,076	,245	,004	,146															
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39														
IRI DP	Corr.	-,254	,131	,012	-,056	-,191	-,191	,260	-,037	-,220	,135	-,116	1													
	Sig.	,119	,426	,943	,733	,245	,244	,110	,823	,179	,411	,480														
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39													

(cont.)		TAS20 F1 DIF	TAS20 F2 DDF	TAS20 F3 EOT	TAS20 TOT	BVAQ E	BVAQ F		BVAQ V	BVAQ Comp. Afet	BVAQ Comp. Cogn.	PSS 10	IRI DP	IRI F	IRI PE	IRI Dom. Afet.	IRI Dom. Cogn.	IRI TOT	POMS T	POMS H	POMS F	POMS V	POMS C	POMS D	POMS TOT	HADS A
IRI F	Corr.	,040	-,078	-,051	-,033	,343*	-,003	,184	,115	,167	,182	,314	-,176	1												
	Sig.	,811	,638	,759	,841	,032	,988	,262	,487	,309	,268	,051	,284													
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39												
IRI PE	Corr.	-,367*	-,193	-,179	-,325*	-,105	-,062	,193	,162	-,093	,132	-,279	,304	-,421**	1											
	Sig.	,021	,240	,277	,044	,523	,706	,240	,326	,574	,422	,086	,060	,008												
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39											
IRI-Dom. Afetivo	Corr.	-,340*	-,027	-,100	-,208	,005	-,181	,400*	,110	-,117	,273	-,030	,823**	,264	,436**	1										
	Sig.	,034	,869	,546	,203	,978	,271	,012	,506	,479	,092	,854	,000	,105	,006											
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39										
IRI-Dom. Cognitivo	Corr.	-,244	-,069	,003	-,153	-,035	-,399*	-,005	-,011	-,280	-,088	-,169	,346*	,142	-,070	,327*	1									
	Sig.	,134	,675	,987	,351	,833	,012	,976	,945	,085	,594	,303	,031	,387	,672	,042										
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39									
IRI TOT	Corr.	-,368*	-,049	-,080	-,227	-,010	-,298	,321*	,084	-,201	,187	-,089	,797**	,267	,325*	,933**	,646**	1								
	Sig.	,021	,769	,630	,165	,954	,065	,046	,610	,220	,254	,589	,000	,100	,043	,000	,000									
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39								
POMS T	Corr.	,144	-,115	-,031	,006	,336*	,528**	,329*	,112	,513**	,370*	,667**	-,147	,412**	-,316*	-,014	-,098	-,048	1							
	Sig.	,380	,488	,851	,972	,037	,001	,041	,499	,001	,020	,000	,372	,009	,050	,934	,554	,770								
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39							
POMS H	Corr.	,295	,042	,143	,205	,028	,196	-,078	-,050	,143	-,011	,448**	-,245	,092	-,218	-,236	-,232	-,279	,344*	1						
	Sig.	,068	,801	,385	,210	,864	,231	,638	,763	,384	,945	,004	,133	,576	,183	,148	,155	,085	,032							
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39							
POMS F	Corr.	,149	,022	-,122	,050	,268	,194	,275	,050	,259	,243	,640**	-,094	,554**	-,277	,129	,061	,128	,661**	,578**	1					
	Sig.	,364	,896	,458	,762	,099	,238	,090	,762	,111	,137	,000	,568	,000	,088	,434	,711	,439	,000	,000						
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39						
POMS V	Corr.	-,445**	-,466**	-,167	-,494**	-,084	-,298	-,122	,398*	-,238	-,041	-,608**	-,291	,081	,217	-,087	,217	,013	-,351*	-,287	-,285	1				
	Sig.	,005	,003	,310	,001	,611	,065	,461	,012	,145	,806	,000	,072	,625	,185	,599	,185	,940	,029	,077	,079					
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39				
POMS C	Corr.	,231	,055	,137	,179	,144	,331*	,110	-,134	,289	,106	,704**	,030	,478**	-,305	,170	-,020	,130	,634**	,317*	,577**	-,577**	1			
	Sig.	,156	,741	,404	,276	,381	,040	,507	,416	,075	,521	,000	,857	,002	,059	,300	,904	,430	,000	,050	,000	,000				
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39			
POMS D	Corr.	,404*	,299	-,046	,333*	,156	,441**	,103	-,303	,367*	,054	,759**	,043	,314	-,298	,087	-,117	,025	,637**	,498**	,604**	-,629**	,700**	1		
	Sig.	,011	,065	,783	,038	,342	,005	,533	,060	,021	,745	,000	,796	,052	,065	,600	,477	,879	,000	,001	,000	,000	,000			
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39		
POMS TOT	Corr.	,365*	,180	,049	,282	,222	,422**	,193	-,162	,387*	,175	,828**	-,016	,375*	-,351*	,053	-,134	-,008	,776**	,655**	,810**	-,689**	,811**	,877**	1	
	Sig.	,022	,273	,768	,082	,174	,007	,238	,325	,015	,286	,000	,921	,019	,028	,750	,417	,959	,000	,000	,000	,000	,000			
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39		
HADS A	Corr.	,362*	,078	,076	,237	,165	,215	-,057	-,035	,223	,018	,473**	-,256	,222	-,454**	-,273	-,027	-,231	,610**	,173	,467**	-,395*	,581**	,305	,546**	1
	Sig.	,024	,637	,647	,146	,316	,188	,730	,831	,173	,912	,002	,116	,175	,004	,093	,870	,157	,000	,293	,003	,013	,000	,059	,000	
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	



Grupo de Alunos da FMUL - Tabela de Correlações de Spearman

		TAS20 F1 DIF	TAS20 F2 DDF	TAS20 F3 EOT	TAS20 TOT	BVAQ E	BVAQ F	BVAQ I	BVAQ V	BVAQ A	BVAQ Comp. Afetivo	BVAQ Comp. Cogniti vo	BVAQ TOT	PSS 10	IRI DP	IRI F	IRI PE	IRI Dom. Afetivo	IRI Dom. Cogniti vo	IRI TOT	POMS EDT	POMS T	POMS H	POMS F	POMS V	POMS C	POMS D	POMS TOT	HADS A	HADS D
TAS-20 F1-DIF	Corr.	1,000																												
	Sig.	.																												
	N	39																												
TAS-20 F2-DDF	Corr.	,532**	1,000																											
	Sig.	,000	.																											
	N	39	39																											
TAS-20 F3-EOT	Corr.	,179	,273	1,000																										
	Sig.	,277	,093	.																										
	N	39	39	39																										
TAS-20 TOT	Corr.	,831**	,837**	,491**	1,000																									
	Sig.	,000	,000	,002	.																									
	N	39	39	39	39																									
BVAQ E	Corr.	-,009	-,092	-,068	-,029	1,000																								
	Sig.	,958	,579	,682	,861	.																								
	N	39	39	39	39	39																								
BVAQ F	Corr.	,036	-,263	-,286	-,168	,434**	1,000																							
	Sig.	,829	,106	,077	,307	,006	.																							
	N	39	39	39	39	39	39																							
BVAQ I	Corr.	-,404*	-,330*	-,283	-,441**	,358*	,404*	1,000																						
	Sig.	,011	,040	,081	,005	,025	,011	.																						
	N	39	39	39	39	39	39	39																						
BVAQ V	Corr.	-,251	-,602**	-,185	-,441**	,111	,133	,342*	1,000																					
	Sig.	,123	,000	,260	,005	,500	,420	,033	.																					
	N	39	39	39	39	39	39	39	39																					
BVAQ A	Corr.	-,094	-,229	-,310	-,214	,612**	,758**	,665**	,235	1,000																				
	Sig.	,570	,160	,055	,191	,000	,000	,000	,150	.																				
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39																				
BVAQ-Comp. Afetivo	Corr.	,057	-,223	-,265	-,111	,815**	,861**	,428**	,172	,804**	1,000																			
	Sig.	,729	,172	,103	,502	,000	,000	,007	,296	,000	.																			
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39																			
BVAQ-Composto Cognitivo	Corr.	-,381*	-,519**	-,312	-,519**	,398*	,535**	,899**	,616**	,756**	,547**	1,000																		
	Sig.	,017	,001	,053	,001	,012	,000	,000	,000	,000	,000	.																		
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39																		
BVAQ TOT	Corr.	-,244	-,490**	-,371*	-,438**	,624**	,739**	,794**	,499**	,843**	,814**	,898**	1,000																	
	Sig.	,134	,002	,020	,005	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	.																	
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39																	
PSS-10	Corr.	,309	,190	-,110	,257	,287	,444**	,217	-,203	,362*	,449**	,200	,273	1,000																
	Sig.	,055	,248	,504	,114	,077	,005	,184	,214	,023	,004	,222	,092	.																
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39																

		TAS20 F1 DIF	TAS20 F2 DDF	TAS20 F3 EOT	TAS20 TOT	BVAQ E	BVAQ F	BVAQ I	BVAQ V	BVAQ A	BVAQ Comp. Afetivo	BVAQ Comp. Cogniti vo	BVAQ TOT	PSS 10	IRI DP	IRI F	IRI PE	IRI Dom. Afetivo	IRI Dom. Cogniti vo	IRI TOT	POMS EDT	POMS T	POMS H	POMS F	POMS V	POMS C	POMS D	POMS TOT	HADS A	HADS D	
(Cont.)																															
IRI DP	Corr.	-.254	.165	.020	-.076	-.258	-.175	.270	-.077	-.060	-.316	.154	-.094	-.030	1,000																
	Sig.	.119	.315	.904	.647	.113	.286	.096	.643	.716	.050	.349	.570	.854	.																
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39																
IRI F	Corr.	.076	-.029	.018	.011	.338*	-.030	.146	.073	.096	.167	.133	.148	.380*	-.153	1,000															
	Sig.	.648	.860	.916	.946	.035	.854	.374	.657	.559	.309	.419	.367	.017	.352	.															
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39															
IRI PE	Corr.	-.364*	-.197	-.162	-.302	-.139	-.033	.190	.125	-.067	-.117	.151	.074	-.269	.321*	-.389*	1,000														
	Sig.	.023	.230	.324	.061	.397	.841	.248	.447	.687	.479	.360	.656	.098	.046	.014	.														
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39														
IRI- Dom. Afetivo	Corr.	-.333*	.021	-.093	-.203	-.092	-.161	.334*	.029	-.039	-.206	.217	.040	.070	.818**	.235	.466**	1,000													
	Sig.	.038	.898	.573	.214	.579	.327	.038	.861	.814	.207	.184	.809	.674	.000	.150	.003	.													
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39													
IRI- Dom. Cognitivo	Corr.	-.235	-.063	-.021	-.173	-.024	-.410**	.085	-.013	-.152	-.294	-.006	-.114	-.140	.297	.181	-.045	.379*	1,000												
	Sig.	.149	.701	.899	.292	.883	.010	.609	.936	.354	.069	.971	.489	.396	.067	.270	.785	.017	.												
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39											
IRI TOT	Corr.	-.319*	-.024	-.101	-.220	-.053	-.258	.311	.055	-.049	-.241	.202	.020	.020	.753**	.275	.351*	.932**	.674**	1,000											
	Sig.	.047	.884	.542	.179	.751	.112	.054	.738	.766	.140	.218	.905	.902	.000	.090	.028	.000	.000	.											
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39										
POMS EDT	Corr.	.457**	.220	.046	.363*	.072	.158	.001	-.063	.057	.158	.061	.025	.637**	.175	.290	-.266	.135	-.111	.104	1,000										
	Sig.	.003	.178	.781	.023	.665	.337	.995	.703	.730	.337	.712	.882	.000	.287	.074	.102	.412	.500	.528	.										
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39										
POMS T	Corr.	.034	-.122	-.062	-.055	.285	.489**	.313	.107	.370*	.465**	.400*	.420**	.646**	-.054	.413**	-.299	.044	-.094	.008	.408**	1,000									
	Sig.	.838	.459	.708	.742	.078	.002	.052	.518	.020	.003	.012	.008	.000	.744	.009	.065	.789	.570	.963	.010	.									
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39									
POMS H	Corr.	.346*	.071	.166	.334*	.008	.175	-.148	-.007	.029	.127	-.086	-.079	.388*	-.176	.128	-.206	-.194	-.265	-.237	.477**	.282	1,000								
	Sig.	.031	.668	.313	.038	.961	.286	.369	.965	.863	.440	.602	.631	.015	.285	.436	.208	.236	.103	.147	.002	.082	.								
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39								
POMS F	Corr.	.066	.004	-.110	.043	.281	.179	.311	.085	.238	.270	.277	.249	.652**	-.005	.643**	-.280	.215	.102	.240	.556**	.628**	.495**	1,000							
	Sig.	.689	.983	.505	.795	.084	.276	.054	.606	.144	.096	.088	.126	.000	.978	.000	.084	.189	.536	.141	.000	.000	.001	.							
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39							
POMS V	Corr.	-.364*	-.433**	-.147	-.446**	-.060	-.293	-.109	.347*	-.198	-.191	-.029	-.018	-.591**	-.322*	.044	.168	-.117	.260	-.007	-.458**	-.371*	-.313	-.281	1,000						
	Sig.	.023	.006	.371	.004	.716	.070	.510	.030	.226	.244	.861	.914	.000	.046	.789	.305	.479	.110	.965	.003	.020	.052	.083	.						
	N	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39						

[illegible]

## ANEXO VIII

### Modelos de Moderação Estimados

#### Regressão

Modelo	Variável Dependente	Variável Explicativa	Variável Moderadora
1	HADS D	TAS-20 TOT	PSS-10

#### Regressão

Variables Entered/Removed <sup>a</sup>				
Curso	Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
FDUL	1	Moderador TAS Total - PSS 10, TAS20 Total, PSS 10 <sup>b</sup>	.	Enter
FMUL	1	Moderador TAS Total - PSS 10, TAS20 Total, PSS 10 <sup>b</sup>	.	Enter

a. Dependent Variable: HADS D

b. All requested variables entered.

Model Summary <sup>b</sup>						
Curso	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
FDUL	1	,586 <sup>a</sup>	,343	,288	2,925	2,874
FMUL	1	,464 <sup>a</sup>	,215	,148	2,744	1,853

a. Predictors: (Constant), Moderador TAS-20 TOT – PSS-10, TAS-20 TOT, PSS-10

b. Dependent Variable: HADS D

ANOVA <sup>a</sup>							
Curso	Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
FDUL	1	Regression	160,935	3	53,645	6,269	,002 <sup>b</sup>
		Residual	308,040	36	8,557		
		Total	468,975	39			
FMUL	1	Regression	72,150	3	24,050	3,193	,035 <sup>b</sup>
		Residual	263,594	35	7,531		
		Total	335,744	38			

a. Dependent Variable: HADS D

b. Predictors: (Constant), Moderador TAS-20 TOT – PSS-10, TAS-20 TOT, PSS-10

#### Coefficients<sup>a</sup>

Curso	Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
FDUL 1	(Constant)	-,768	8,548		-,090	,929		
	TAS-20 TOT	,019	,177	,058	,105	,917	,060	16,709
	PSS-10	,213	,339	,477	,628	,534	,032	31,545
	Moderador	,001	,007	,112	,116	,908	,020	50,907
	TAS-20 TOT – PSS-10							
FMUL 1	(Constant)	7,581	7,314		1,037	,307		
	TAS-20 TOT	-,147	,166	-,471	-,887	,381	,080	12,576
	PSS-10	-,377	,348	-,886	-1,084	,286	,034	29,824
	Moderador	,011	,008	1,521	1,432	,161	,020	50,266
	TAS-20 TOT – PSS-10							

a. Dependent Variable: HADS D

#### Collinearity Diagnostics<sup>a</sup>

Curso	Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
					TAS-20 (Constant)	TAS-20 TOT	Moderador PSS-10	TAS-20 TOT – PSS-10
FDUL 1		1	3,858	1,000	,00	,00	,00	,00
		2	,096	6,336	,01	,01	,01	,01
		3	,045	9,209	,01	,02	,02	,01
		4	,001	72,263	,98	,98	,97	,98
FMUL 1		1	3,849	1,000	,00	,00	,00	,00
		2	,113	5,830	,01	,00	,01	,01
		3	,037	10,194	,01	,03	,04	,02
		4	,001	65,439	,97	,97	,96	,97

a. Dependent Variable: HADS D

#### Residuals Statistics<sup>a</sup>

Curso		Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
FDUL	Predicted Value	,77	9,85	6,03	2,031	40
	Residual	-3,997	7,076	,000	2,810	40
	Std. Predicted Value	-2,586	1,882	,000	1,000	40
	Std. Residual	-1,367	2,419	,000	,961	40
FMUL	Predicted Value	1,57	7,18	3,49	1,378	39
	Residual	-3,483	8,132	,000	2,634	39
	Std. Predicted Value	-1,392	2,683	,000	1,000	39
	Std. Residual	-1,269	2,963	,000	,960	39

a. Dependent Variable: HADS D

